VIOLENCE CONJUGALE ET SANTÉ DES FEMMES

Étude faite auprès de femmes des Laurentides ayant consulté des ressources d'aide de type communautaire

« La violence faite aux femmes est inacceptable dans une société qui privilégie la liberté, la justice et le mérite personnel. »

— Mary Collins, 1991

RAPPORT DE RECHERCHE

AUTOMNE 1997

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Réseau des Femmes des Laurentides

105-07577/

VIOLENCE CONJUGALE ET SANTÉ DES FEMMES

Étude faite auprès de femmes des Laurentides ayant consulté des ressources d'aide de type communautaire

« La violence faite aux femmes est inacceptable dans une société qui privilégie la liberté, la justice et le mérite personnel. »

— Mary Collins, 1991

RAPPORT DE RECHERCHE
AUTOMNE 1997

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Réseau des Femmes des Laurentides

Rédaction
Marie-Hélène Gariépy
Marie-Christine Lamoureux

Chef de projet
Marie-Christine Lamoureux

Coordination
Carole Ouellette
Daniel Gauthier

Mise en page
Monique Chapleau-Paquette

La réalisation de cette étude a été rendue en partie possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du «Programme de subventions en santé publique».

L'impression et la diffusion de ce rapport ont été rendues possibles grâce à des contributions de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, du ministère des Affaires municipales du Québec, de madame Lucie Papineau, députée de Prévost, et de la compagnie pharmaceutique Searle.

Dépôt légal - 4e trimestre 1997
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921581-73-6

Nous encourageons la reproduction du contenu de ce document, à la condition d'en mentionner la source.

LA VIOLENCE

Certains signes nous font-ils croire qu'une ou des consoeurs vivent de la violence?

Comment réagissons-nous devant la violence?

Que pouvons-nous faire pour l'éliminer?

«J'ai mal dans mon âme, mon coeur et mon corps. J'ai peur, j'ai honte, je suis seule...»

N. B.

On en parle ouvertement!

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

FTQ

ASSEMBLÉE NATIONALE
QUÉBEC

Lucie Papineau
Députée de Prévost

J'aimerais souligner ici l'excellent travail effectué par le Réseau des Femmes des Laurentides et par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides dans le cadre de la présente étude sur la violence conjugale et la santé des femmes dans les Laurentides.

Je souhaite que cette étude devienne un outil de référence pour toutes les intervenantes et tous les intervenants des milieux socio-communautaire, de la santé et de l'éducation qui ont à élaborer des plans d'organisation de services, des projets d'action communautaire ou des programmes d'éducation.

Essentiellement, un de mes désirs les plus chers serait que chacun et chacune d'entre nous au Québec agisse activement et quotidiennement contre toute banalisation de gestes de violence, quels qu'ils soient, afin qu'un jour, nous-mêmes, nos enfants et nos petits-enfants vivions dans une société composée de personnes responsables, paisibles et respectueuses.

Lucie Papineau

LUCIE PAPINEAU
Députée de Prévost
21 novembre 1997

Hôtel du Parlement
Bureau RC 66
Québec (Québec)
G1A 1A4
Telephone: (418) 646-0245
Telecopieur: (419) 646-0707

227, rue Saint-Georges
Bureau 205
Saint-Jerôme (Québec)
J7Z 5A1
Telephone: (514) 569-7436
Telecopieur: (514) 569-7440

AVANT-PROPOS

«La violence conjugale, autrefois ignorée, désormais dénoncée et réprouvée, entraîne des conséquences sociales et économiques désastreuses pour les victimes et néfastes pour l'ensemble de la société». C'est en ces termes que monsieur Jacques Parizeau, alors Premier ministre du Québec, préfaçait la Politique d'intervention en matière de violence conjugale adoptée par son gouvernement.

S'il est vrai que la violence conjugale est maintenant dénoncée et reconnue comme problème de société depuis une vingtaine d'années, il n'en demeure pas moins que, màlgré les acquis, chaque année, cent Canadiennes en moyenne sont assassinées par leur partenaire masculin. La probabilité qu'une femme soit tuée par son époux est neuf fois plus élevée que la probabilité qu'elle soit tuée par un étranger. De plus, une femme sur huit serait victime de violence conjugale (300 000 Québécoises; 16 000 Laurentidiennes). (Statistiques Canada).

La violence envers les femmes origine des rapports inégaux entre les hommes et les femmes, des inégalités inscrites dans notre structure sociale, structure qui s'établit et se reproduit par tout le processus de socialisation. Cette manifestation historique des rapports de force inégaux entre les hommes et les femmes, légitimise les actes individuels de violence. Afin de diminuer la prévalence de la violence, tous et toutes s'entendent sur le fait qu'il devient urgent d'entreprendre une démarche commune et d'harmoniser le travail accompli jusqu'à présent. C'est dans cette optique que la présente recherche vous est proposée.

Pour que les organismes concernés par les conditions de vie des femmes soient le mieux outillés possible pour réaliser cette entreprise, il s'avère important de développer le champ de la recherche relativement à ce phénomène de la violence conjugale. Ainsi, la présente recherche documente un aspect de la vie des femmes qui semble être des plus affectés par les situations de violence auxquelles elles peuvent être exposées soit : **leur santé et leur bien-être**. Elle pose un jalon important vers l'identification de lieux communs d'action pour divers partenaires dont ceux de la santé et des services sociaux et ceux des organismes communautaires.

Et ce premier lieu de convergence, les six représentant(e)s des ministères concernés[1] par la Politique d'intervention en matière de violence conjugale l'on bien identifié : «Le refus et la dénonciation de la violence conjugale doivent venir de tous les milieux, de toutes les tribunes et de toutes les personnes, autant des hommes que des femmes». Je souhaite, qu'ici dans les Laurentides, cette affirmation prenne tout sons sens.

Bonne lecture!

Carole Ouellette
Coordonatrice de la recherche
et présidente
du Réseau des Femmes des Laurentides

[1] Ministère de la Justice, ministère de la Sécurité du Revenu et de la Condition féminine, ministère de l'Éducation, ministère des Finances et du Revenu, ministère responsable de la Famille, ministère de la Sécurité publique et ministère de la Santé et des Services sociaux.

COLLABORATIONS

La recherche sur la santé de femmes des Laurentides victimes de violence conjugale ayant eu recours à des services d'aide de type communautaire n'aurait pu être réalisée sans la précieuse collaboration de plusieurs personnes.

Soulignons d'abord la généreuse contribution des membres du comité aviser de cette étude. Elles ont investi sans compter leur temps et leur énergie dans ce projet. Par leur conviction, elles ont de plus insufflé une inspiration aux chercheures permettant ainsi que ce projet se réalise dans l'enthousiasme. Nous les en remercions. Il s'agit de: **Carole Ouellette** (Centre de femmes Les Unes et Les Autres), **Caroline Bernier** (CLSC Thérèse-de-Blainville), **Marie Turcotte** (La maison d'Ariane), **Louise Leduc** (Cégep de St-Jérôme, responsable du cours femme et santé), **Lise Julien** (Conseil du statut de la femme), **Monique Pelletier** (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel-CALACS-) et **Céline Carrier** (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides).

Nous désirons aussi souligner la collaboration des différents organismes qui ont accepté de participer à la collecte de données auprès de leur clientèle et ce, dans un contexte où les ressources sont très sollicitées. Les intervenant(e)s de ces organismes qui ont participé à cette opération l'ont fait de façon généreuse. Nous adressons aussi un merci particulier aux femmes utilisatrices de la Maison d'Ariane pour nous avoir fourni leurs commentaires critiques à propos du questionnaire.

Nous tenons également à souligner le travail consciencieux de **Pierre Dupont** et de **Dominique Sévigny** (direction régionale de la santé publique des Laurentides) qui, par leur support technique et professionnel, nous ont permis de traiter les données de cette enquête.

Aussi, nous remercions chaleureusement les membres du comité éthique : **Céline Carrier, Daniel Cousineau** (direction de la santé publique des Laurentides) et **Carole Ouellette** ainsi que les membres du comité de lecture de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides : **Daniel Cousineau, Rosette Gagnon, Natalie Kishchuk, Huguette Crête et Linda Pinsonneault.** Ces personnes, par leurs commentaires judicieux, ont contribué à la qualité sémantique et méthodologique de ce rapport de recherche.

Nous tenons à remercier très sincèrement **Daniel Gauthier** (direction de la santé publique des Laurentides) pour avoir cru en cette recherche et pour son encouragement constant à la mener à bien.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et des figures

Introduction 1
Orientation et objectifs de la recherche 2
Choix des variables 3
Présentation du rapport de recherche 6

Aspects méthodologiques 7

1 **Profil de violence subie par les répondantes** 15
Antécédents, durée, fréquence, type, auteur 17

2 **Profil socioéconomique et démographique des répondantes** 27
Caractéristiques socioéconomiques et démographiques des répondantes 29
Caractéristiques socioéconomiques et démographiques selon la violence conjugale subie 31

3 **Profil de santé et de bien-être des répondantes** 33
3.1. Le soutien social des répondantes 35
3.2. Les habitudes de consommation des répondantes 38
3.3. Les problèmes de santé physique des répondantes 40
3.4. Les problèmes de santé mentale des répondantes 44

4 **Profil de consommation de services sociosanitaires et de médicaments des répondantes** 49
4.1. Consommation de services en regard d'une situation de violence conjugale 51
4.2. Consommation de services sociosanitaires 53
4.3. Consommation de médicaments 55

5 **Les principaux constats** 57

Conclusion 65

Annexe : Recension des écrits sur la violence conjugale et la santé et le bien-être des femmes 67

Liste des tableaux et des graphiques

Tableaux

Tableau 1 : Thèmes retenus pour l'enquête ..... p. 4

Tableau 2 : Distribution de l'échantillon selon les types d'organismes ayant participé à la collecte de données ..... p. 10

Tableau 3 : Type de violence subie dans la famille durant l'enfance et/ou l'adolescence ..... p. 19

Tableau 4 : Type de violence subie à l'extérieur de la famille durant l'enfance et/ou l'adolescence ..... p. 19

Tableau 5 : Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint selon le type d'établissement de provenance des répondantes ..... p. 20

Tableau 6 : Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint selon le groupe de répondantes et pour la totalité de l'échantillon ..... p. 21

Tableau 7 : Proportion des répondantes ayant subi une ou plusieurs formes de conduites à caractère violent ..... p. 24

Tableau 8 : Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint ..... p. 26

Tableau 9 : Caractéristiques sociodémographiques et économiques des répondantes et des femmes des Laurentides ..... p. 30

Tableau 10 : Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des répondantes ... p. 32

Tableau 11 : Caractéristiques du soutien social des répondantes et des femmes des Laurentides ..... p. 36

Tableau 12 : Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines caractéristiques du soutien social des répondantes ..... p. 37

Tableau 13 : Habitudes de consommation des répondantes et des femmes des Laurentides ..... p. 39

Tableau 14 : Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines habitudes de consommation des répondantes ..... p. 39

Tableau 15 : Caractéristiques de santé physique des répondantes et des femmes des Laurentides ..... p. 41

Tableau 16 : Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines caractéristiques de santé physique des répondantes ..... p. 41

Tableau 17 : Problèmes de santé physique connus par les répondantes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale ..... p. 42

Tableau 18 : Consultation médicale pour les problèmes de santé physique connus par les répondantes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale .... p. 42

Tableau 19 : Caractéristiques de santé mentale des répondantes et des femmes des Laurentides ..... p. 45

Tableau 20 : Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines caractéristiques de santé mentale des répondantes ..... p. 45

Tableau 21 : Problèmes de santé mentale connus par les répondantes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale ..... p. 46

Tableau 22 : Consultation pour les problèmes de santé mentale connus par les répondantes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale ..... p. 47

Tableau 23 : Satisfaction des répondantes face à la consultation avec un(e) professionnel(le) du réseau de la santé et des services sociaux et/ou un(e) intervenant(e) communautaire au sujet des situations de violence conjugale vécues p.52

Tableau 24 : Problèmes à l'origine de la dernière consultation selon les répondantes et les femmes des Laurentides p.54

Tableau 25 : Type de professionnel(le)s consulté(e)s durant l'année précédant l'enquête ..... p. 54

Tableau 26 : Nombre de professionnel(le)s consulté(e)s durant l'année précédant l'enquête ..... p. 54

Tableau 27 : Nombre de médicaments consommés (au cours des deux derniers jours) par les répondantes et les femmes des Laurentides ..... p. 56

Tableau 28 : Type de médicaments consommés (au cours des deux derniers jours) par les répondantes et les femmes des Laurentides ..... p. 56

Graphiques

Graphique 1: Durée de la violence conjugale vécue par les répondantes ..... p. 22

Graphique 2: Fréquence annuelle des conduites à caractère violent selon le type de violence ..... p. 24

Graphique 3: Durée de la situation de violence conjugale selon le type de violence ..... p. 25

INTRODUCTION

Les **conséquences** de la violence conjugale tant sur le plan social, humain qu'économique sont très graves. Individuellement, les dommages à la santé et au bien-être qu'elle peut engendrer sont, sans conteste, une des conséquences les plus coûteuses. Mais « non seulement, la situation vécue hypothèque-t-elle lourdement la vie des femmes, elle limite également le potentiel de développement social et économique de toute la collectivité. C'est donc la collectivité dans son ensemble qui paie le prix de cette violence »[2].

Toutes celles et tous ceux qui ont contribué activement à la réalisation de cette recherche souhaitent donc qu'elle soit une **source d'informations utiles** à une meilleure compréhension des répercussions de la violence conjugale sur la vie des femmes. Ces personnes souhaitent surtout qu'elle traduise, par l'apport de ces nouvelles connaissances, la nécessité que cesse la perpétuation d'une socialisation sexiste et par conséquent, d'une tolérance sociale face à la violence. Nous savons que « par les valeurs qu'elles véhiculent, la société et ses institutions mettent en place les conditions qui favorisent l'émergence de la violence conjugale »[3]. La responsabilisation de la société ainsi que de chacun d'entre nous à adopter des valeurs de respect et à promouvoir des rapports égalitaires entre les sexes conduiront à l'élimination de la violence conjugale. Ces convictions ont guidé l'ensemble de nos travaux. C'est également ce qui supporte le choix de la définition suivante de la violence conjugale retenue dans le cadre de cette étude :

> « La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie. »[4]

---

2 Gouvernement du Québec, 1995, Politique d'intervention en matière de violence conjugale: prévenir, dépister, contrer la violence conjugale, page 16.

3 idem, page 14.

4 idem, page 14.

Orientations et objectifs de la recherche

La recherche réalisée ici s'inspire des **orientations et objectifs** identifiés dans le **Plan d'action régional pour l'amélioration de la santé et du bien-être des Laurentides**[5] relativement à la violence faite aux femmes et aux enfants. De plus, les actions qu'elle pourra susciter permettront de mieux agir sur les conditions de vie des femmes violentées.

Elle répond en outre aux préoccupations formulées dans le **Plan régional d'organisation des services jeunesse des Laurentides**[6] de développer une concertation entre les organismes communautaires et les établissements sociosanitaires en regard de problématiques telles que la violence conjugale et familiale.

La **Politique québécoise sur la violence conjugale**[7] souligne la nécessité de documenter, par le moyen de recherches, différents aspects de la violence conjugale. Selon la Politique, c'est à l'aide de ces connaissances que pourront se faire la sensibilisation et la formation des intervenant(e)s en cause des secteurs privé, social, communautaire, scolaire ainsi que de l'ensemble des professionnel(le)s de la santé afin qu'ils puissent contribuer, dans les limites de leurs responsabilités, à la lutte contre la violence conjugale. Notre étude adopte ces orientations.

Le **premier objectif** de notre étude consiste à décrire les caractéristiques socioéconomiques et sociosanitaires, le profil de violence vécue, le profil de santé et de bien-être ainsi que le profil de consommation de services sociosanitaires et communautaires des femmes des Laurentides victimes de violence conjugale ayant eu recours à des services de type communautaire dispensés par des organismes communautaires (maisons d'aide et d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence conjugale, centres de femmes, centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)) et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (centres locaux de services communautaires (CLSC)).

---

5 Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Plan d'action régional pour l'amélioration de la santé et du bien-être des Laurentides, 1995

6 Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Plan régional d'organisation de services jeunesse des Laurentides « Réussir sa jeunesse nous on y croit! », 1996

7 Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995

Comme **deuxième objectif**, il s'agit d'établir s'il existe des différences au niveau des caractéristiques des femmes de notre enquête (caractéristiques sur les plans socioéçonomique et sociodémographique, profil de violence vécue, problèmes de santé et de bien-être, profil de consommation de services) selon:

- la forme de violence conjugale vécue (violence verbale/symbolique vs violence physique);
- le type de services communautaires auxquels elles ont eu recours et dont elles bénéficient au moment de l'enquête (maisons d'aide et d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence vs services d'autres ressources de type communautaire qui ne leur offrent pas d'hébergement, mais plutôt des services d'aide courants (services externes) (CLSC, centres de femmes, CAVAC, CALACS)).

Le **troisième objectif** est de fournir des indications sur les caractéristiques de l'ensemble des femmes de la région afin de mettre en lumière les profils de santé et de bien-être différents entre cette population générale de femmes et les répondantes de notre échantillon. Les données utilisées pour les femmes des Laurentides sont celles de l'Enquête sociale et de santé (1992-1993) de Santé Québec. Ces données ont été standardisées c'est-à-dire que leur distribution en ce qui a trait à leur structure d'âge correspond à celle de nos répondantes et ce, afin de permettre certaines comparaisons entre les deux groupes.

Le dernier **objectif poursuivi** consiste à sensibiliser les intervenant(e)s communautaires et les professionnel(le)s de la santé (notamment ceux et celles du milieu médical) et des services sociaux de la région aux résultats de notre enquête et aux moyens disponibles pour faciliter leur intervention à l'égard de ces femmes victimes de violence.

Choix des variables et des thèmes

La présente enquête s'est inspirée des thèmes et des mesures de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 sur les conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches menée par Santé Québec (1996)[8] ainsi que de l'étude de Chénard, Cadrin et Loiselle du Département de santé communautaire de Rimouski sur la santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale (1990)[9]. Le *tableau 1* de la page suivante précise ces thèmes.

---

8 Santé Québec, Gouvernement du Québec, Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches, Québec, 1996.

9 Chénard, Lucie; Cadrin, Hélène; Loiselle, Josette, État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale , Département de santé communautaire, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.

Tableau 1: Thèmes retenus pour l'enquête

Déterminants de santé et de bien-être		
Caractéristiques démographiques	***Milieux de vie***	***Habitudes de vie***
• *Âge*	• *Antécédents de violence*	• *Usage de la cigarette*
Conditions de vie	• *Situation familiale*	• *Consommation d'alcool*
• *Statut d'activité*	• *Soutien social*	• *Consommation de drogues*
• *Scolarité*	• *Milieu conjugal violent (violence physique, verbale, sexuelle)*	
• *Situation financière*		
• *Revenu*		

État de santé et de bien-être	
Santé physique	***Santé mentale et psychosociale***
• *Perception de la santé*	• *Détresse psychologique*
• *Problèmes de santé physique*	• *Idées suicidaires et parasuicides*
• *Poids corporel*	• *Problèmes de santé mentale*

Conséquences
• *Recours aux services sociaux et aux services de santé*
• *Recours aux services communautaires*
• *Consommation de médicaments*

Source : Santé Québec, Et la santé, ça va en 1992-1993, Rapport de l'enquête sociale et de santé, 1995, adapté à la présente enquête.

Ces thèmes et variables ont été identifiés à partir de quelques **hypothèses** que nous avons émises avant de procéder à notre enquête. Nous vous les indiquons ici en précisant que ces hypothèses s'appliquent aux femmes de notre échantillon. Elles nous ont été inspirées par la littérature[10] et par des échanges avec des intervenant(e)s qui agissent auprès de femmes violentées:

Concernant la violence vécue :

- Les femmes de notre échantillon vivent plusieurs formes de violence ;
- Les femmes de notre échantillon ont connu des antécédents de violence dans l'enfance et l'adolescence.

[10] Une revue de littérature en annexe du présent rapport de recherche précise les travaux qui ont supporté le cadre théorique de cette recherche.

Concernant les caractéristiques socioéconomiques :

- Les femmes de notre échantillon ont un profil socioéconomique moins favorable que la population générale de femmes des Laurentides ;

Concernant les caractéristiques sociosanitaires :

- Les problèmes de santé et de bien-être caractérisant les femmes des Laurentides victimes de violence ayant eu recours à des services de type communautaire sont similaires à ceux constatés dans les recherches déjà poursuivies soit : problèmes de santé physique: troubles digestifs, troubles du sommeil, maux de tête, fatigue chronique; problèmes de santé mentale : anxiété, dépression, somatisation, idées suicidaires, confusion, détresse psychologique; problèmes de santé sociale : insatisfaction face aux relations avec le conjoint, les enfants, la vie sociale ;
- Plus le temps d'exposition à la violence s'est étendu sur une longue période, plus les femmes de notre échantillon ont un état de santé et de bien-être détérioré ;

Concernant les caractéristiques de consommation de services:

- Les femmes de notre échantillon consomment davantage de services sociosanitaires que les femmes des Laurentides ;
- Les intervenant(e)s du milieu médical demeurent les plus consulté(e)s en regard de la violence conjugale vécue ;
- La satisfaction à l'égard des services reçus concernant la violence conjugale est supérieure lorsqu'il s'agit des services de type communautaire comparativement à celle liée aux services du réseau de la santé et des services sociaux.

Les principaux constats de notre étude (voir chapitre V) nous permettront d'apporter un éclairage sur ces hypothèses.

Présentation du rapport de recherche

Un **premier chapitre** présente le profil de violence subie par les répondantes de notre échantillon. On y traite des antécédents de violence vécue durant l'enfance et/ou l'adolescence et infligée par un membre de la famille ou une personne extérieure à la famille. Nous présentons aussi les différents types de violence conjugale subie, leur durée, leur fréquence et leur auteur.

Un **deuxième chapitre** aborde le profil socioéconomique et démographique de nos répondantes en termes de groupes d'âge, de niveau de scolarité, de statut matrimonial, de perception de la situation financière et de situation de travail. À titre comparatif, nous présentons aussi les données socioéconomiques et démographiques relatives aux femmes des Laurentides. Enfin, ces caractéristiques sont examinées en fonction de la violence conjugale subie.

Un **troisième chapitre** présente le profil de santé et de bien-être des répondantes en matière de soutien social (satisfaction face à la vie sociale, fréquence des rencontres sociales, nombre de confidents, nombres d'aidants et solitude durant les temps libres), d'habitudes de consommation (usage de la cigarette, consommation d'alcool et consommation de drogues), de problèmes de santé physique (perception de l'état de santé et variation de poids, entre autres) et de problèmes de santé mentale (détresse psychologique, idéations suicidaires et tentatives de suicide, entre autres). Lorsque possible, les données relatives aux femmes de la région touchant ces aspects sont précisées. De plus, les variables sociosanitaires des répondantes en fonction de la violence conjugale subie au cours des douze derniers mois sont abordées.

Un **quatrième chapitre** trace le profil de consommation de services sociosanitaires des répondantes (problème à l'origine de la dernière consultation, type et nombre de professionne(le)s consulté(e)s) et leur profil de consommation de médicaments (nombre et type de médicaments consommés dans les deux derniers jours).

Le **dernier chapitre** présente les principaux constats de l'enquête relatifs aux différents profils brossés. Et la **conclusion** apporte quelques recommandations en ce qui a trait aux avenues de recherche à explorer et à certaines pistes d'action possibles.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Construction du questionnaire

Les points du questionnaire[11] portant sur la santé et le bien-être sont, pour la plupart, tirés de **l'Enquête générale de Santé Québec**. De plus, pour la mesure de la fréquence et de la prévalence de la violence conjugale, nous avons utilisé l'échelle ***Conflict Tactics Scales*** **(CTS)** élaborée par Straus (1979)[12]. Cette échelle a été traduite, validée en contexte québécois et utilisée notamment pour l'enquête de Santé Québec sur les conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches (1996)[13]. Cette échelle est la plus utilisée dans le domaine de la violence familiale. Elle nous permettra de voir de quelle façon les différents types de violence vécue sont associés à différents profils de santé et de bien-être ainsi qu'à des profils de consommation de services.

Des questions additionnelles ont également été formulées pour mieux connaître la trajectoire d'utilisation des services d'aide (motifs pour demander de l'aide, satisfaction à l'égard des services reçus) et ainsi permettre d'identifier des stratégies à promouvoir pour que l'intervention auprès de ces femmes se fasse plus précocement dans le processus de victimisation. Ces questions ont été construites par les chercheures et le comité aviseur de l'étude. Elles ont été validées par ce comité et pourraient faire l'objet d'études subséquentes.

Échantillon et collecte de données

- *Population à l'étude*

La population rejointe pour cette étude est constituée **des femmes ayant vécu de la violence conjugale** (dans les douze mois précédant l'enquête) **qui utilisent des ressources de type communautaire en raison de la violence vécue**. Afin de rejoindre ces femmes, nous avons fait appel à la collaboration des organismes communautaires et des établissements du réseau visés par notre étude (centres locaux de services communautaires (CLSC), centres de femmes, maisons d'aide et d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence

---

11 Le questionaire est disponible au Réseau des Femmes des Laurentides

12 Straus M.A., « Measuring intra family conflict and violence: the Conflict Tactics Scales (CTS) », *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 41, 1979.

13 Santé Québec (1996), op. cit.

conjugale, centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)). Ainsi, des représentant(e)s des dix-neuf (19) organismes de ce type, actifs dans les Laurentides, ont été rencontré(e)s et ont participé à la cueillette des données auprès de leur clientèle de femmes.

Ces représentant(e)s, après une rencontre de trois heures avec les auteures de la recherche, remettaient questionnaires et consignes aux intervenant(e)s de leur organisme susceptibles d'aider des femmes victimes de violence. La collaboration des intervenant(e)s de ces organismes à la collecte de données consistait en la réalisation des tâches suivantes :

- identifier les femmes répondant aux critères d'admissibilité établis pour faire partie de l'échantillon;
- distribuer le questionnaire à ces répondantes tout en leur précisant qu'il permettait la réalisation d'une recherche portant sur la violence conjugale et sur l'état de santé et de bien-être des femmes;
- guider les répondantes au besoin dans la façon de remplir le questionnaire;
- assurer aux répondantes que leurs réponses demeuraient confidentielles;
- s'assurer que les répondantes remplissaient le questionnaire dans des conditions sécuritaires;
- récupérer les questionnaires une fois remplis et les retourner aux chercheures.

- *Période de collecte et critères d'admissibilité*

Le questionnaire a été administré sur une période de quatre mois, soit du 10 février au 30 mai 1997. Pour répondre au questionnaire, **les répondantes devaient avoir vécu une situation de violence conjugale dans l'année précédant l'enquête; avoir bénéficié de services d'aide de type communautaire au cours de cette année; avoir plus de 18 ans et habiter la région des Laurentides**.

Cent trente femmes répondant aux critères d'admissibilité de l'enquête ont ainsi retourné un questionnaire complété. Ces répondantes constituent un *échantillon non aléatoire*. Cet échantillon ne peut **pas** être considéré **représentatif des femmes de la région qui ont vécu de la violence** puisque l'étude ne rejoint pas les femmes qui consultent d'autres types de services ou qui utilisent d'autres types de soutien informel.

Notre échantillon ne peut **pas** non plus être considéré **représentatif des femmes qui utilisent les services de type communautaire** visés par notre étude puisque, d'une part, les intervenant(e)s qui ont sollicité la participation des femmes admissibles peuvent avoir offert la participation à un sous-ensemble de femmes admissibles ou avoir appliqué de façon non standardisée les consignes de recrutement (voir section « non-réponse » ci-dessous), d'autre part, les femmes qui ont choisi de répondre au questionnaire peuvent avoir des caractéristiques différentes de celles qui ont refusé. Par exemple, elles peuvent refléter une plus grande capacité à reconnaître qu'elles vivent une situation problématique et à s'ouvrir à un(e) intervenant(e) sur des aspects très personnels de leur vie et ainsi à vaincre certains préjugés véhiculés par notre société face aux personnes qui demandent d'être aidées. Enfin, un nombre restreint de ressources (n=19) ont participé à l'étude.

Nous pouvons toutefois affirmer que ***notre échantillon représente un certain nombre de femmes victimes de violence qui ont eu recours à des services d'aide de type communautaire.*** De plus, notre échantillon consiste en un nombre suffisant de réponses de femmes ayant vécu de la violence conjugale pour permettre des analyses descriptives et exploratoires de leur profil de santé et de bien-être et de leurs caractéristiques de consommation de services. Toutefois, il faut mentionner que le contexte de ce type d'études ne facilite pas la construction d'un grand échantillon. D'ailleurs la majorité des recherches sur la violence conjugale ne recueillent habituellement qu'un petit nombre de répondantes (*Cf. recension des écrits, annexe)*.

Le *tableau 2* (page suivante) donne un aperçu de la **distribution de l'échantillon selon les organismes** de type communautaire ayant participé à la collecte de données. On remarque que plus de 40 % des répondantes proviennent des maisons d'hébergement. Ensuite, les CLSC et les centres de femmes représentent respectivement environ 30 % et 20 % de l'échantillon. Les autres types d'organismes s'adressant à des clientèles de femmes plus spécifiques ont contribué, quant à eux, pour un peu plus de 5 % des répondantes.

Tableau 2
Distribution de l'échantillon selon les organismes de type communautaire ayant participé à la collecte de données

	n	%
Maisons d'hébergement	**56**	**43,1 %**
- La Citad'Elle		
- La Maison d'Ariane		
- L'Ombre-Elle		
- Maison d'accueil Le Mitan		
- Passe-R-Elle des Hautes-Laurentides		
Centres de femmes	**29**	**22,3 %**
- Carrefour des femmes du Grand Lachute		
- Centre des femmes de St-Eustache		
- Centre des femmes La Colombe		
- Centre des femmes Les Unes et les Autres		
- Centre de femmes «Signée Femme »		
CLSC	**37**	**28,5 %**
- CLSC Arthur Buies	nsp	
- CLSC Argenteuil		
- CLSC des Hautes-Laurentides		
- CLSC des Pays-d'en-Haut		
- CLSC Trois-Vallées	nsp	
- CLSC J.O. Chénier		
- CLSC Thérèse-de-Blainville		
AUTRES	**8**	**6,1 %**
- CAVAC.	nsp	
- CALACS.		
TOTAL	**130**	**100 %**

Source: Réseau des Femmes des Laurentides et Direction de la santé publique des Laurentides,
nsp: ces ressources ont participé aux rencontres préparatoires à la cueillette de données, mais n'ont recueilli aucun questionnaire.

- La non-réponse

Des 19 organismes sollicités pour la cueillette des données, 16 nous ont retourné des questionnaires complétés. De plus, la participation des organismes a présenté des inégalités. Toutefois, il nous a été possible de connaître quelques motifs de la non-réponse et de la non-administration des questionnaires. D'une part, des intervenant(e)s sollicité(e)s pour faire passer le questionnaire à leur clientèle de femmes nous ont indiqué que, lorsque les femmes en étaient à des premières rencontres avec l'intervenant(e) et que devait s'établir une relation de confiance avec eux (elles), la demande de remplir un questionnaire portant sur la violence conjugale ne semblait pas appropriée sur le plan clinique. D'autre part, des praticien(ne)s, notamment ceux des CLSC, ont évoqué la surcharge de travail comme un élément explicatif du peu de questionnaires qu'ils ont pu faire remplir. Finalement, dans certains cas,

notamment pour les centres de femmes, la participation de femmes à des activités n'était aucunement motivée par une situation de violence conjugale. Elles n'étaient donc pas sollicitées pour répondre au questionnaire.

Par contre, concernant les répondantes au questionnaire, les taux de non-réponse partielle ont été faibles. Dans la grande majorité des cas, lorsque les femmes répondaient au questionnaire, elles le faisaient de façon complète.

- Validité des données

La présente étude possède une bonne **validité interne**. Les choix des instruments de cueillette ont été validés. De plus, un support a été apporté aux intervenant(e)s qui distribuaient les questionnaires aux répondantes de l'enquête. Enfin, une vérification de la codification de notre questionnaire a été effectuée.

Les questions tirées de l'Enquête sociale et de santé portant sur l'état de santé et de bien-être (problèmes de santé, perception de la santé, indice de détresse psychologique, indice de soutien social, caractéristiques socioéconomiques, etc.) ont été validées par Santé Québec en contexte québécois.

Comme mentionné plus haut, pour mesurer la prévalence et la fréquence de la violence conjugale, l'échelle du *Conflict Tactics Scales (CTS)* de Straus (1979)[14] a été utilisée à l'instar de Santé Québec. Les indices de violence ont donc été construits selon la même méthode que Straus et que Santé Québec. Notons toutefois la **réserve énoncée par Santé Québec** au sujet de cette mesure:

> *« Bien que des validations de l'instrument aient déjà été réalisées par Straus (1979) pour la version originale, puis dans une version québécoise par Rinfret-Raynor et al. (1989) ainsi que par Ouellet et al. (1993), et que les résultats aient montré des résultats métriques acceptables, il y aurait lieu, dans les recherches subséquentes, d'effectuer une validation a posteriori de l'instrument dans sa version française et d'apporter plus de précision quant à sa cohérence interne.» (page 120)*

[14] Straus M.A. (1979), op. cit.

Portée et limites des données

Une limite à considérer dans la lecture des résultats de notre étude est liée au **petit nombre de répondantes de notre échantillon**. Toutefois, la relation entre deux variables, lorsqu'elle est soulignée dans le rapport de recherche, a été préalablement mesurée par le test Chi-carré et le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %. Cependant, à cause de la taille de l'échantillon, des différences qui peuvent paraître importantes entre deux proportions, constituent parfois des écarts non significatifs sur le plan statistique. Nous tenons compte de ces restrictions méthodologiques tout au long de la description de nos résultats.

Enfin, nous tenons à souligner **l'écart que nous avons constaté entre la perception que les répondantes de notre étude semblaient se faire de la violence conjugale et la définition qu'en avaient retenue les chercheures et les instigatrices de la recherche**.

En effet, la question nous permettant d'identifier si le questionnaire avait bien été rempli par une femme visée par notre enquête était la question 30 de notre questionnaire. Cette question se formule ainsi: ***«Avez-vous vécu une situation de violence conjugale dans les 12 derniers mois?»***. A l'examen des résultats, nous avons constaté que 29 répondantes au questionnaire, tout en répondant par la négative à cette question, rapportent des situations de violence conjugale vécues durant les 12 derniers mois (question 35). Il semble donc que ces répondantes n'aient pas identifié les comportements de leur conjoint ou ex-conjoint comme étant de la violence conjugale ou encore qu'elles refusent de voir ou de reconnaître cette violence subie. La définition qu'elles se font de la violence conjugale n'est donc pas de même nature que celle des chercheures. Par conséquent, nous avons décidé d'inclure ces femmes dans notre échantillon puisqu'à l'échelle utilisée pour mesurer la violence (question 35), elles ressortent comme vivant cette situation de la même façon que les autres femmes de notre échantillon.

Lexique

La détresse psychologique se mesure grâce à un indice « constitué de quatorze questions portant sur des états dépressifs ou anxieux, et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs »[15]. L'indice comme tel est continu mais, pour fins de présentation des données, il se divise en deux niveaux : faible ou modéré et élevé. Il servira de point de repère pour évaluer, sommairement, l'état de bien-être et de santé mentale des répondant(e)s.

Le soutien social se mesure grâce à un indice qui regroupe les réponses à onze questions portant sur la participation sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau social[16].

Pour mesurer la **prévalence et la fréquence de la violence conjugale**, nous avons utilisé, à l'instar de Santé Québec, l'échelle du *Conflict Tactics Scales (CTS)* de Straus (1979)[17]. Les indices de violence ont donc été construits selon la même méthode que Straus et que Santé Québec.

La violence verbale/symbolique se mesure grâce à un indice qui regroupe les réponses à six questions portant sur des conduites verbales et/ou psychologiques à caractère violent, comme insulter ou menacer.

La violence physique globale se mesure grâce à un indice qui regroupe les réponses à six questions portant sur des conduites physiques mineures et/ou graves à caractère violent comme donner une claque, bousculer, frapper ou menacer avec une arme.

La violence sexuelle se mesure à partir de la réponse à une question portant sur la contrainte à des activités sexuelles sous la menace.

---

15 Santé Québec, Et la santé, ça va en 1992-1993, Rapport de l'enquête sociale et de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.

16 Idem.

17 Straus M.A. (1979), op. cit.

PROFIL DE VIOLENCE

1. PROFIL DE VIOLENCE SUBIE PAR LES RÉPONDANTES

Nous débutons ce rapport par la présentation du profil de violence vécue par les femmes de notre échantillon. Ceci couvre les antécédents de violence c'est-à-dire les épisodes de violence subie durant l'enfance et/ou l'adolescence tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille. Nous aborderons par la suite le profil de violence conjugale infligée par le conjoint ou l'ex-conjoint dans les 12 mois précédant l'enquête tel qu'il se dégage de la mesure *CTS (Conflict Tactics Scales)* de Straus.

3/4 des répondantes ont connu de la violence en milieu familial.
2/3 ont subi de la violence de la part d'une personne extérieure à la famille.

1.1. Antécédents de violence

En ce qui a trait à la **violence vécue durant l'enfance et/ou l'adolescence**, notons d'abord que les trois quarts des répondantes mentionnent avoir connu de la violence **au sein de leur famille**. Plusieurs ont subi plus d'une forme de violence de la part d'un membre de leur famille. Plus spécifiquement, près des deux tiers des femmes de notre échantillon ont vécu des épisodes de violence psychologique, plus de la moitié de la violence verbale, plus du tiers de la violence physique et finalement, près du tiers de la violence sexuelle. De plus, la violence infligée par un membre de la famille était considérée « acceptable » à la maison selon les deux tiers (64 %) des répondantes ayant vécu de la violence.

Les répondantes ont aussi vécu de la **violence infligée par une personne extérieure à la famille** durant l'enfance (67 %) et/ou l'adolescence (56 %). Près de la moitié des femmes de l'échantillon mentionnent avoir connu de la violence psychologique et de la violence verbale, le quart de la violence physique et le tiers de la violence sexuelle. Par contre, environ le tiers des répondantes indiquent ne pas avoir subi de la violence de la part d'une personne extérieure à la famille. *Cf. tableaux 3 et 4.*

Globalement, 71 % (77 femmes) de notre échantillon a connu de la violence à l'intérieur de la famille durant l'enfance **et** l'adolescence et 49 % (44 femmes) à l'extérieur de la famille durant l'enfance **et** l'adolescence. De plus, 51 % (49 femmes) de notre échantillon a subi de la violence durant l'**enfance** aussi bien à l'intérieur **et** à l'extérieur de la famille; 58 % (58 femmes) des répondantes ont connu cette situation à l'**adolescence**.

On constate donc que plusieurs des femmes de notre échantillon, victimes de violence conjugale aujourd'hui, ont aussi connu des **épisodes antérieurs de violence durant l'enfance et/ou l'adolescence**. Premièrement, en ce qui a trait à la violence subie en milieu familial, il y a lieu de se préoccuper de l'aspect acceptable de cette violence tel que rapporté par les répondantes. En effet, si la violence est tolérée dans la famille, on peut penser qu'il peut être difficile pour ces jeunes filles de la considérer autrement. On pourrait alors se demander si elles ne représentent pas un groupe à risque de victimisation répétée comparativement aux filles victimes de violence familiale mais dont les parents considéraient cette violence comme inacceptable. Cette hypothèse serait à vérifier. Si tel était le cas, une attitude plus vigilante devrait être adoptée à l'égard des jeunes filles victimes de violence dès le niveau primaire afin de permettre une éducation plus saine dans un environnement sans violence, de prévenir une violence possible à l'âge adulte et donc de briser le cercle de la violence dans lequel vivent certaines femmes. Une attention plus soutenue devrait aussi être adoptée afin de socialiser les jeunes garçons dans une optique non violente et ce, afin de susciter des relations égalitaires entre hommes et femmes.

Finalement, considérant les taux élevés de violence à l'adolescence, ces efforts devraient être soutenus aussi aux niveaux du secondaire et du collégial. Une éducation contre la violence passe donc par plusieurs niveaux : les jeunes filles et garçons, afin de la prévenir, mais aussi les adultes ayant subi de la violence durant leur enfance ou leur adolescence et qui pourraient en redevenir victimes ou devenir potentiellement des agresseurs, afin de tenter d'enrayer le phénomène. Travailler sur la violence faite aux enfants et aux femmes passe par une collaboration à un niveau plus global. La violence est une problématique de société et non d'individus seuls.

Tableau 3
Type de violence subie dans la famille durant l'enfance et/ou l'adolescence

Type de violence	Enfance % (n)		Adolescence % (n)	
1. Aucune violence	24,7	(29)	25,0	(29)
2. Violence psychologique (ex. culpabiliser, humilier)	61,5	(72)	63,8	(74)
3. Violence verbale (ex. insultes, menaces)	50,4	(59)	58,6	(68)
4. Violence physique (ex. coups, agression)	41,0	(48)	35,3	(41)
5. Violence sexuelle (ex. attouchements, viol)	30,8	(36)	26,7	(31)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Note: les répondantes pouvaient choisir plus d'une réponse

Tableau 4
Type de violence subie à l'extérieur de la famille durant l'enfance et/ou l'adolescence

Type de violence	Enfance % (n)		Adolescence % (n)	
1. Aucune violence	43,6	(44)	32,7	(35)
2. Violence psychologique (ex. culpabiliser, humilier)	45,5	(46)	47,7	(51)
3. Violence verbale (ex. insultes, menaces)	35,6	(36)	48,6	(52)
4. Violence physique (ex. coups, agression)	25,7	(26)	24,3	(26)
5. Violence sexuelle (ex. attouchements, viol)	23,8	(24)	33,6	(36)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Note : Les répondantes pouvaient choisir plus d'une réponse

1.2. Profil de la violence conjugale

Toutes les répondantes ont connu de la violence verbale,
les 3/4 de la violence physique et le 1/3 de la violence sexuelle.
Près de la moitié des répondantes indiquent vivre de la violence conjugale depuis 6 ans ou plus.
Quatre répondantes sur cinq ont vécu plus d'une forme de violence.

Globalement, les différentes conduites à caractère violent, énumérées dans les questions du *Conflict Tactics Scales (CTS)*, permettent de construire certains indices de violence, soit des indices de violence verbale/symbolique, de violence physique mineure, de violence physique majeure, de violence physique globale (mineure et/ou majeure) et de violence sexuelle. **La totalité des répondantes (n=130) indiquent avoir connu de la violence verbale**, les trois quarts mentionnent de la violence physique mineure et la moitié de la violence physique grave pour un total de 79 % en ce qui a trait à la violence physique globale. Enfin, le tiers a connu de la violence sexuelle. *Cf. tableau 5.*

Tableau 5
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint selon le type d'établissement de provenance des répondantes

Conduites à caractère violent	Prévalence % (n)					
	Maisons d'hébergement		Autres (CLSC, centres de femmes, CALACS)		Total des répondantes (n=130)	
Violence verbale/symbolique	100	(55)	100	(73)	100	(128)
Violence physique globale	**90,7**	**(49)***	**69,4**	**(50)***	78,6	(99)
Violence sexuelle	**43,4**	**(23)***	**23,2**	**(16)***	32,0	(39)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
** Chi carré significatif avec une probabilité d'erreur de 5 %*

Toutes les répondantes ont subi de la violence verbale de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint

Notons qu'à la question: *« Avez-vous vécu une situation de violence dans les 12 derniers mois? »*, plus des trois quarts (78 %) des répondantes sont affirmatives. Toutefois, les répondantes ayant répondu « non » à cette question ont toutes rapporté des conduites à

caractère violent de la part de leur conjoint ou ex-conjoint énumérées dans une question subséquente. Elles ont donc été retenues pour la compilation des données. Cette situation peut s'expliquer en partie par la conception différente que se font les répondantes et les chercheures de la violence conjugale. En effet, il apparaît que certaines répondantes ne se perçoivent pas victimes parce qu'elles n'ont pas identifié les comportements de leur conjoint comme des conduites à caractère violent. Les femmes dans cette situation sont moins nombreuses à avoir subi de la violence physique (mineure ou grave) que les autres. *Cf. tableau 6.*

Par ailleurs, nous croyons que certaines répondantes (n=29) ont répondu ne pas avoir été victimes de violence conjugale en se référant à leur situation actuelle avec un nouveau conjoint alors qu'elles ont pu être exposées à la violence d'un ex-conjoint dans l'année précédant l'enquête. Toutefois, compte tenu qu'elles avaient répondu à plusieurs questions permettant de construire les différents indices de violence, l'équipe de recherche les considère donc au même titre que les répondantes s'identifiant victimes de violence conjugale (n=101).

Tableau 6
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint selon le groupe de répondantes et pour la totalité de l'échantillon

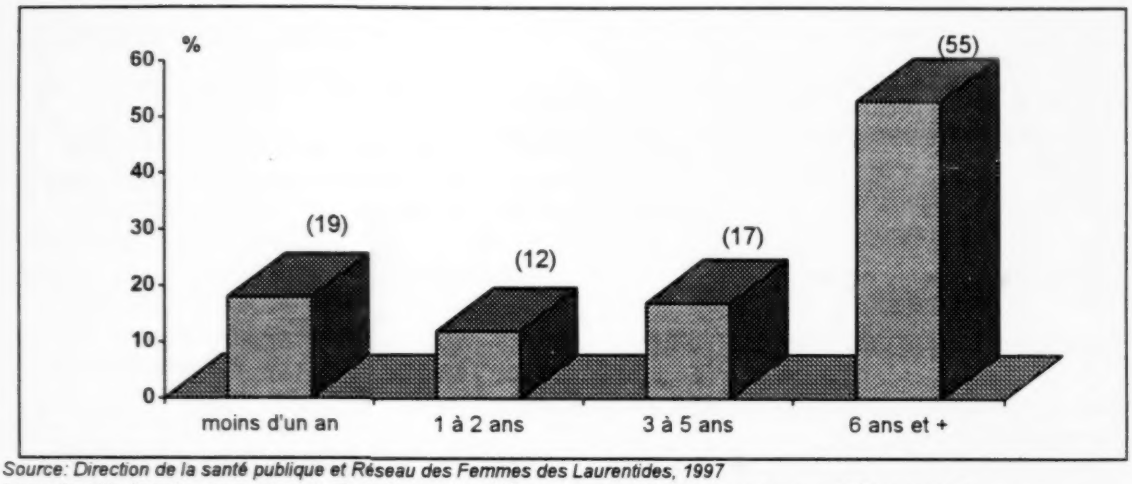
Conduites à caractère violent	Prévalence % (n)		
	Répondantes se qualifiant victimes (n=101)	Répondantes ne se qualifiant pas victimes (n=29)	Total des répondantes (n=130)
Violence verbale/symbolique	100 (99)	100 (29)	100 (128)
Violence physique globale	**82,7 (84)***	**50,0 (15)***	78,6 (99)
mineure	**81,6 (80)***	**48,1 (13)***	74,4 (93)
grave	**58,2 (57)***	**28,5 (8)***	51,6 (65)
Violence sexuelle	36,8 (35)	n trop petit	32,0 (39)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997
** Chi carré significatif avec une probabilité d'erreur de 5 %*
Toutes les répondantes ont subi de la violence verbale de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint

En ce qui a trait au **sexe** du conjoint ou de l'ex-conjoint, la presque totalité (99 %) des répondantes ont un partenaire de sexe masculin. Notre échantillonnage de femmes homosexuelles est donc insuffisant pour brosser le profil de violence conjugale de ces femmes.

En ce qui a trait à la **durée de la violence conjugale** subie : plus de la moitié des répondantes indiquent la vivre depuis six ans ou plus. Mais ceci peut aussi correspondre à la durée depuis l'identification de la situation de violence conjugale. Toutefois, le type de méthodologie utilisée et nos données ne nous permettent pas d'expliquer pourquoi ces femmes persistent à demeurer dans une situation de violence conjugale. *Cf. graphique 1.* On constate donc que les femmes de l'échantillon sont nombreuses à connaître une situation de violence conjugale depuis longtemps. Par contre, près d'une répondante sur cinq indique vivre cette situation depuis moins d'un an. Il y a lieu d'espérer qu'une demande d'aide effectuée précocement pourra mettre fin définitivement à ce climat de violence. Ceci souligne aussi l'importance d'investiguer les motivations ou les raisons qui poussent certaines femmes à endurer longtemps ces situations de violence conjugale.

Graphique 1
Durée de la violence conjugale vécue par les répondantes



Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997
L'axe des Y indique le pourcentage de répondantes et le chiffre entre parenthèses, le nombre auquel il correspond.

Par ailleurs, près de la moitié (49 %) des répondantes qui ont déjà été enceintes indiquent avoir été **violentées par leur conjoint lors d'une grossesse.** Il est donc alarmant de constater que cette période de la vie des femmes devient aussi une période à risque en matière de violence. À cet effet, Statistique Canada (1993) indique que 21 % des femmes violentées par leur conjoint ou ex-conjoint l'ont été pendant leur grossesse. Ceci ouvre une piste de réflexion quant aux possibilités de dépistage de la violence conjugale par les gynécologues-obstétricien(ne)s et les médecins généralistes s'occupant de patientes enceintes.

En ce qui a trait au **protagoniste** de la violence conjugale vécue dans les 12 mois précédant l'enquête, plus des deux tiers (69 %) des répondantes indiquent qu'il s'agit de leur conjoint actuel alors que 85 % d'entre elles mentionnent leur ex-conjoint. Ces réponses nous montrent également que pour certaines de ces femmes (20 %) la violence a été et est infligée à la fois par leur ex-conjoint et leur conjoint actuel. Ce qui sous-entend qu'elles n'ont pu rompre totalement avec la violence. Ces résultats sont corroborés par certaines études et par le témoignage d'intervenantes communautaires qui nous indiquent que les femmes victimes de violence conjugale ont tendance à retourner régulièrement avec un conjoint violent dans l'espoir, entre autres, de pouvoir changer la situation.

Abordons maintenant les différents types de conduites à caractère violent subies par les répondantes. Premier constat, ces femmes ont connu **plusieurs formes de violence**. C'est le cas pour plus de 80 % d'entre elles. *Cf. tableau 7.* On constate également qu'une forte majorité a vécu différentes situations faisant partie d'une même catégorie de violence, par exemple, se faire insulter, se faire contrarier ou menacer de se faire frapper (violence verbale/symbolique). La violence verbale/symbolique, lorsqu'elle est installée dans la relation conjugale, semble se manifester de façon plus fréquente que les autres types de violence. Ensuite, vient la violence sexuelle qui tend à se répéter fréquemment dans le tiers des cas. Pour ce qui est de la violence physique, elle se manifeste de façon plus occasionnelle durant l'année. On peut penser qu'elle survient le plus souvent dans des moments de crise.

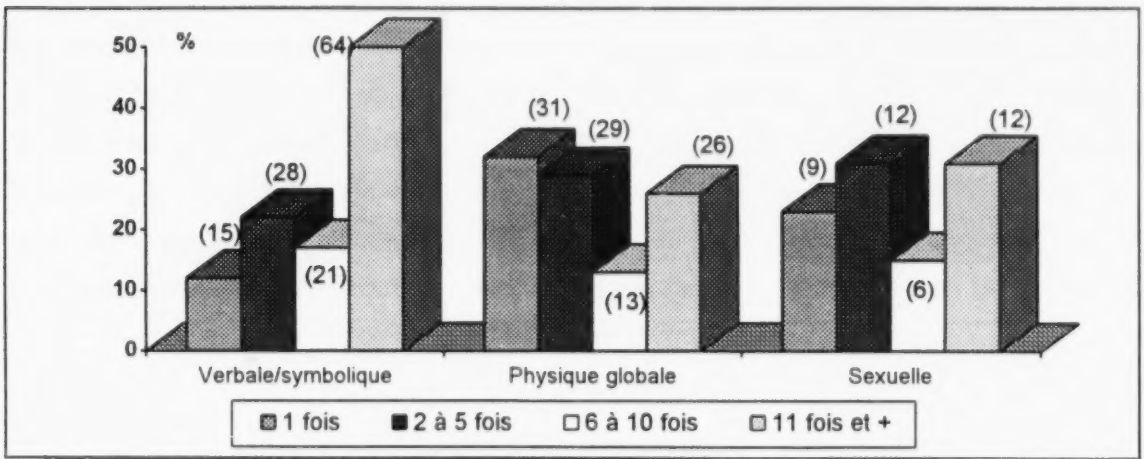
Tableau 7
Proportion des répondantes ayant subi une ou plusieurs formes de conduite à caractère violent

Conduites à caractère violent	Répartition % (n)
Violence verbale/symbolique seulement	18,9 (23)
Violence verbale/symbolique et physique globale	49,2 (60)
Violence verbale/symbolique et physique globale et sexuelle	28,7 (35)
Violence verbale/symbolique et sexuelle	n trop petit

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997
Total des répondantes de l'échantillon= 130

En termes de **fréquence**, la moitié des répondantes (50 % : n=64) victimes de violence verbale/symbolique l'ont été 11 fois ou plus durant l'année. Près du tiers (31 % : n=12) des femmes victimes de violence sexuelle l'ont été 11 fois ou plus durant l'année. Le quart (26 % : n=26) des femmes victimes de violence physique globale (mineure et/ou grave) l'ont été plus de 11 fois durant l'année. La fréquence annuelle des conduites physiques plus graves est moindre que pour la violence physique mineure ou la violence verbale. Mais le quart des répondantes mentionnent avoir été victimes de violence physique grave 11 fois ou plus durant la dernière année. *Cf. graphique 2.*

Graphique 2
Fréquence annuelle des conduites à caractère violent selon le type de violence

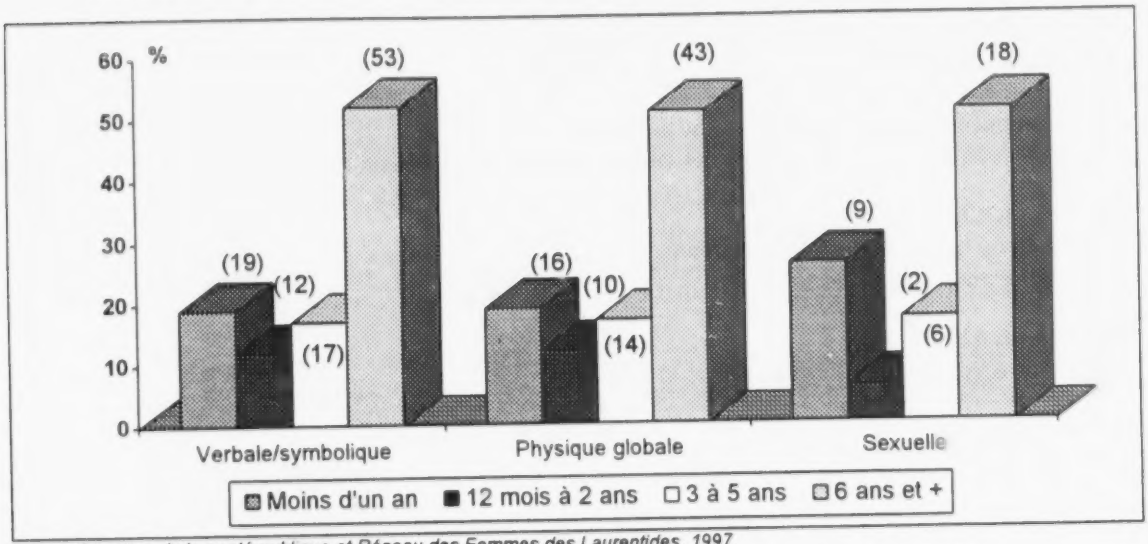


Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
L'axe des Y indique le pourcentage de répondantes et le chiffre entre parenthèses, le nombre auquel il correspond.

De plus, le quart des femmes de notre échantillon mentionnent avoir reçu un coup de pied ou de poing, avoir été frappées avec un objet, ou que leur conjoint a essayé de les étranglerPar ailleurs, les trois quarts indiquent que leur conjoint ou leur ex-conjoint les a ridiculisées ou humiliées devant les autres à plusieurs reprises au cours de l'année. Près de la moitié des répondantes mentionnent avoir connu de la violence économique, leur conjoint ayant menacé de leur couper les vivres. Finalement, le tiers des femmes rapportent avoir été contraintes à des activités sexuelles sous la menace. *Cf. tableau 8.*

Finalement, lors de notre enquête, nous demandions aux femmes violentées depuis quand elles vivaient la situation de violence rapportée. *Cf. graphique 3.* Il ne semble pas y avoir de différences en termes de durée de la situation de violence selon le type de violence vécue. Globalement, **la moitié des répondantes vivent une forme ou l'autre de violence conjugale depuis six ans ou plus.** Toutefois, les répondantes sont proportionnellement plus nombreuses à connaître de la violence sexuelle que les autres formes de violence dans un contexte récent de violence conjugale.

Graphique 3
Durée de la situation de violence conjugale selon le type de violence



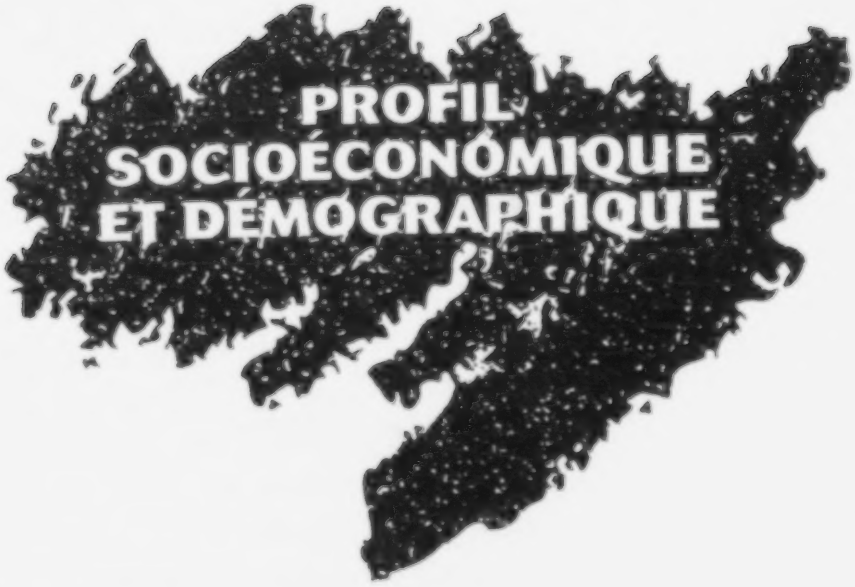
Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
L'axe des Y indique le pourcentage de répondantes et le chiffre entre parenthèses, le nombre auquel il correspond.

Tableau 8
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint

Depuis un an, votre conjoint(e) ou votre ex-conjoint(e) vous a-t-il (elle) ....

Conduites à caractère violent	Prévalence % (n)	
VIOLENCE VERBALE/SYMBOLIQUE		
insultée ou s'est adressé(e) à vous en sacrant ?	85,4	(105)
boudé ou refusé de discuter d'un problème avec vous ?	92,1	(117)
sorti(e) de la pièce ou de la maison en claquant la porte ?	84,8	(106)
contrariée volontairement ?	92,0	(115)
menacée de vous frapper ou de vous lancer quelque chose «par la tête» ?	62,3	(76)
lancé, cassé, frappé un objet ou donné des coups de pied sur un objet en votre présence ?	64,8	(81)
VIOLENCE PHYSIQUE MINEURE		
lancé quelque chose ?	50,4	(62)
poussée, secouée, ou bousculée ?	65,0	(80)
donné une claque ou une gifle ?	32,5	(40)
VIOLENCE PHYSIQUE GRAVE		
donné des coups de pied, mordu ou donné un coup de poing ?	24,4	(30)
frappée volontairement avec un objet ?	25,4	(31)
administré une raclée ?	18,7	(23)
essayé de vous étrangler ?	28,5	(35)
menacée avec un couteau ou un fusil ou autrement ?	20,8	(26)
utilisé un couteau ou un fusil dans le but de vous blesser ou de vous tuer ?	9,7	(12)
AUTRE VIOLENCE		
ridiculisée ou humiliée devant les autres ?	77,0	(97)
menacé de vous couper les vivres ?	43,8	(58)
VIOLENCE SEXUELLE		
contrainte à des activités sexuelles sous la menace ?	32,0	(39)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Note: Les répondantes pouvaient choisir plus d'une réponse


PROFIL
SOCIOÉCONOMIQUE
ET DÉMOGRAPHIQUE

2. PROFIL SOCIOÉCONOMIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE DES RÉPONDANTES

Nos répondantes sont peu scolarisées.
Elles sont nombreuses à se percevoir pauvres ou très pauvres.
Elles sont relativement jeunes.

Nous poursuivons ce document par la présentation **des caractéristiques socioéconomiques et démographiques des répondantes** (n=130) *Cf. tableau 9*. Notons d'abord que les femmes de l'échantillon se situent plus particulièrement entre 25 et 44 ans (71,7 %). Elles sont donc relativement jeunes bien que l'on retrouve peu de femmes ayant entre 18 et 24 ans (8,6 %). Les répondantes de 65 ans et plus demeurent une minorité (2,3 %). La langue d'usage est le français pour la presque totalité des répondantes puisque le questionnaire est en français. En ce qui a trait au niveau d'études, on constate que les femmes de notre échantillon sont peu scolarisées compte tenu de leur âge. Plus des trois quarts ont complété, tout au plus, le secondaire cinq (douzième année) et peu d'entre elles ont accédé à un niveau universitaire.

Par ailleurs, pour ce qui de leur **statut matrimonial**: plus de la moitié des femmes sont séparées ou divorcées. Cette proportion est nettement plus élevée que pour l'ensemble des femmes des Laurentides (séparées/divorcées : 15 %) et peut s'expliquer par le contexte de violence vécue qui incite ces femmes à quitter leur conjoint. D'ailleurs les trois quarts d'entre elles indiquent avoir quitté ou avoir l'intention de quitter leur conjoint violent. Toutefois, le tiers des répondantes sont encore en union (mariées ou conjointes de fait). Dans ce cas-ci, il peut s'agir de nouveaux conjoints non violents ou de femmes qui n'envisagent pas de rompre avec leur conjoint. La plupart (86 %) des répondantes ont des enfants, le plus souvent deux. De ces femmes, 34 % en ont la garde exclusive, 32 % la partagent occasionnellement avec le père, 20 % vivent avec leurs enfants et leur père et enfin, 9 % n'ont pas la garde de leurs enfants ou ne les voient jamais.

En ce qui a trait à la **perception de leur situation financière**, moins du tiers d'entre elles se considèrent à l'aise ou ayant des revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins ou à ceux de leur famille. Près de 70 % se perçoivent pauvres ou très pauvres, ce qui est très nettement supérieur aux femmes des Laurentides (pauvres/très pauvres : 14 %). Cette perception est corroborée par leur niveau de revenu personnel total. Ainsi, près de la moitié des répondantes

déclarent avoir un revenu personnel de moins de 6 000 $ annuellement. Cette proportion grimpe à 75 % pour des revenus de moins de 12 000 $.

Tableau 9
Caractéristiques sociodémographiques et économiques des répondantes et des femmes des Laurentides

Caractéristiques		Répartition %		
		Répondantes échantillon (n)		Femmes Laurentides
Groupes d'âge	18-24 ans	8,6	(11)	10,8
	25-34 ans	35,2	(45)	23,2
	35-44 ans	35,9	(46)	25,2
	45-64 ans	18,0	(23)	27,9
	65 ans et plus	2,3	(3)	13,0
Niveau de scolarité	Primaire/secondaire	77,2	(98)	50,0
	Collégial/technique	15,7	(20)	35,2
	Universitaire	6,3	(8)	14,8
	Autre	0,8	(1)	-----
Statut matrimonial	En union	33,1	(42)	72,1
	Séparée/divorcée	59,1	(75)	14,9
	Célibataire/veuve	7,9	(10)	13,0
Perception de la situation financière	À l'aise/suffisante	31,0	(39)	76,4
	Pauvre	47,6	(60)	21,0
	Très pauvre	21,4	(27)	2,6
Situation de travail	Temps plein	24,8	(31)	57,5
	Temps partiel/occasionnel	31,2	(39)	
	Pas de travail	44,0	(55)	42,5

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997 et Enquête sociale et de santé, 1992-93.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Données pour les femmes des Laurentides contrôlées pour l'âge.

Par ailleurs, un quart d'entre elles mentionnent avoir travaillé à temps plein durant l'année précédant l'enquête. Plusieurs ont occupé un emploi à temps partiel ou occasionnel et près de la moitié des répondantes n'ont pas travaillé (prestataires de l'assurance-emploi ou de la sécurité du revenu) au cours de cette période.

Les **femmes des Laurentides**, pour leur part, se distribuent relativement également en ce qui a trait aux groupes d'âge. Un quart a entre 25 et 34 ans, un quart entre 35 et 44 ans et

finalement un dernier quart entre 45 et 64 ans. En ce qui a trait au niveau de scolarité, la moitié des femmes de la région ont complété tout au plus un secondaire 5, plus du tiers ont un niveau collégial ou technique et plus d'une sur dix a atteint un niveau universitaire. En ce qui a trait à leur statut matrimonial : près des trois quarts des femmes des Laurentides sont en union, plus d'une sur quatre est séparée, divorcée, célibataire ou veuve. Par ailleurs, plus des trois quarts d'entre elles se considèrent à l'aise ou ayant des revenus suffisants et le quart se considère pauvre ou très pauvre. Finalement, plus de la moitié des femmes de la région ont travaillé pendant l'année précédant l'enquête.

Dans l'ensemble, on constate donc que les femmes de notre échantillon connaissent une situation socioéconomique plus difficile que l'ensemble des femmes des Laurentides. Elles sont plus pauvres, moins scolarisées et travaillent peu. Par ailleurs, elles sont plus souvent seules à subvenir à leurs besoins ou à ceux de leurs enfants. **Malgré ce portrait plutôt défavorable de notre échantillon, ceci ne signifie en rien que la problématique de la violence conjugale n'atteint que les milieux défavorisés**.

Les 18-24 ans, les 35-44 ans et les répondantes séparées ou divorcées sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi de la violence physique au cours des 12 derniers mois

Nous avons également voulu savoir si le profil socioéconomique des répondantes est différent selon qu'elles aient subi de la violence verbale ou de la violence physique. À cet égard, le tableau 10 indique que les plus jeunes (18-24 ans) et les 35-44 ans semblent proportionnellement plus nombreuses que celles des autres groupes d'âge à avoir connu de la violence physique de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. Également, les répondantes séparées ou divorcées mentionnent plus souvent que celles qui vivent en couple avoir connu de la violence physique au cours de l'année, cet écart étant statistiquement significatif. On peut émettre l'hypothèse que la violence physique est plus difficile à tolérer, ce qui motiverait la rupture avec le conjoint violent.

Par ailleurs, la perception de la situation financière ne semble pas avoir de lien avec la violence physique subie. Mais le nombre élevé de répondantes se qualifiant de pauvres ou très pauvres peut en partie biaiser les résultats. Finalement, on ne constate pas de différences quant à la prévalence de la violence physique entre les répondantes ayant travaillé et celles qui n'ont pas travaillé durant l'année précédant l'enquête.

Tableau 10
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des répondantes

Caractéristiques des répondantes		Violence verbale/ symbolique	Violence physique globale
		% (n)	% (n)
Groupes d'âge	18-24 ans	100	90,9 (10)
	25-34 ans	100	66,7 (30)
	35-44 ans	100	88,6 (39)
	45-64 ans	100	81,0 (17)
	65 ans et plus	100	n trop petit
Niveau de scolarité	Primaire/secondaire	100	80,9 (76)
	Collégial/technique	100	75,0 (15)
	Universitaire	100	n trop petit
	Autre	100	n trop petit
Statut matrimonial	En union	100	**62,5 (25)***
	Séparée/divorcée ou célibataire/veuve	100	**85,5 (71)***
Perception de la situation financière	À l'aise	100	n trop petit
	Suffisante	100	77,8 (28)
	Pauvre	100	78,0 (46)
	Très pauvre	100	80,8 (21)
Situation de travail	Temps plein	100	86,2 (25)
	Temps partiel/occasionnel	100	81,6 (31)
	Pas de travail	100	72,2 (39)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.

** Chi carré significatif avec une probabilité d'erreur de 5 %*

Total des répondantes de l'échantillon = 130

Toutes les répondantes ont subi de la violence verbale de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint

PROFIL
DE SANTÉ
ET DE BIEN-ÊTRE

3. PROFIL DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DES RÉPONDANTES

3.1. Le soutien social des répondantes

La moitié des répondantes ont un soutien social faible.
Les 3/4 des répondantes sont satisfaites de leur relation avec leurs enfants.
1/5 n'a aucun confident ou aucun aidant.

Cette partie aborde le **profil de soutien social** des femmes ayant participé à notre enquête. Ce soutien est mesuré par l'indice de soutien social[18], la satisfaction face à la vie sociale, la fréquence des rencontres sociales, le nombre de confidents, le nombre de personnes pouvant aider au besoin et finalement selon la solitude durant les temps libres. *Cf. tableau 11.*

En termes plus généraux, les femmes de l'échantillon se répartissent presque également entre celles ayant un soutien social élevé et celles ayant un faible soutien social. De façon plus spécifique, la moitié des répondantes à notre enquête se disent (49 %) satisfaites ou très satisfaites de leur vie sociale et plus de la moitié (57 %) ont des rencontres toutes les semaines avec leur parenté ou leurs ami(e)s. Cette situation peut être due, en partie, à la restructuration du réseau social encouragée par les intervenantes dans les ressources d'aide. De plus, elles ont plusieurs confidents (36 % en ont 3 ou plus) et quelques personnes pouvant les aider si nécessaire. Par contre, une répondante sur cinq n'a aucun confident et aucun aidant dans son entourage. Et, en ce qui a trait à la solitude durant les temps libres, 63 % des répondantes passent la moitié ou plus de leurs temps libres seules. Toutefois, il faudrait apporter certaines limites à la notion de *temps libres* dont la compréhension peut différer d'une personne à l'autre.

Les répondantes vivant avec un conjoint se répartissent relativement également quant à leur satisfaction face à leur relation avec leur conjoint. Plus du tiers de ces femmes (39 %) se disent heureuses et le tiers malheureuses de la relation avec leur conjoint. Finalement, plusieurs répondantes (87 %) indiquent avoir des ami(e)s et la même proportion se disent satisfaites ou très satisfaites de leurs rapports amicaux. Toutefois, le réseau social n'est pas garant du bien-être des femmes du seul fait de son existence. Il faut voir son efficacité en

---

[18] Le détail de l'indice apparaît dans le lexique, p.14.

matière de soutien. Le réseau peut aussi être confronté à la même problématique que celle vécue par la répondante.

Par ailleurs, en ce qui a trait aux répondantes ayant des enfants: les trois quarts mentionnent connaître une relation satisfaisante voire très satisfaisante avec leur(s) enfant(s). Toutefois, leur satisfaction face à l'implication du père de leur(s) enfant(s) est nettement moindre. En effet, les deux tiers mentionnent être insatisfaites de l'implication globale du père et presque autant (62 %) de l'implication financière du père.

Tableau 11
Caractéristiques du soutien social des répondantes et des femmes des Laurentides

Caractéristiques du soutien social		Répondantes échantillon % (n)		Femmes Laurentides %
Indice de soutien social	Faible	52,6	(61)	20,4
	Élevé	47,4	(55)	79,6
Satisfaction face à la vie sociale	Insatisfaite	50,8	(66)	15,0
	Plutôt satisfaite	38,5	(50)	57,3
	Très satisfaite	10,8	(14)	27,7
Fréquences des rencontres sociales	Annuellement ou jamais	8,6	(11)	5,4
	Mensuellement	34,1	(44)	30,0
	Hebdomadairement ou plus	57,4	(74)	64,5
Nombre de confidents	Aucun	19,5	(24)	9,0
	Un	22,0	(27)	22,1
	Deux	22,8	(28)	33,3
	Trois ou plus	35,8	(44)	35,5
Nombre d'aidants	Aucun	19,8	(23)	4,4
	Un	23,3	(27)	7,3
	Deux	27,6	(32)	18,1
	Trois ou quatre	17,2	(20)	28,4
	Cinq à sept	6,9	(8)	21,5
	Huit ou plus	5,2	(6)	20,2
Solitude durant les temps libres	Plus de la moitié du temps seule	36,4	(47)	11,2
	Moitié du temps seule et avec d'autres	27,1	(35)	27,2
	Plus de la moitié du temps avec d'autres	36,4	(47)	61,5

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997 et Enquête sociale et de santé, 1992-93.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Données pour les femmes des Laurentides contrôlées pour l'âge.

En ce qui a trait aux **femmes des Laurentides**, une sur cinq a un faible soutien social, plus de la moitié d'entre elles se considèrent plutôt satisfaites de leur vie sociale, plus du quart étant même très satisfaites. Par ailleurs, les deux tiers de ces femmes ont des rencontres sociales hebdomadairement ou plus et peu d'entre elles n'ont aucun confident (9 %) ou aucun aidant (4 %) dans leur entourage. Enfin, une bonne proportion des femmes des Laurentides (62 %) passent leurs temps libres avec d'autres.

En ce qui a trait aux différences liées à la violence physique, seule la satisfaction face à la vie sociale semble y être associée. Les femmes insatisfaites sont proportionnellement plus nombreuses que celles qui se disent satisfaites de leur vie sociale à connaître de la violence physique de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. *Cf. tableau 12.*

Tableau 12
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines caractéristiques du soutien social des répondantes

Caractéristiques du soutien social des répondantes		Violence verbale/ symbolique (%)	Violence physique globale % (n)
Indice de soutien social	Faible	100	86,5 (32)
	Élevé	100	77,6 (45)
Satisfaction face à la vie sociale	Insatisfaite	100	**87,3 (55)***
	Satisfaite	100	**69,8 (44)***
Fréquences des rencontres sociales	Annuellement ou jamais	100	n trop petit
	Mensuellement	100	77,3 (34)
	Hebdomadairement ou plus	100	78,9 (56)
Nombre de confidents	Aucun	100	73,9 (17)
	Un	100	76,0 (19)
	Deux	100	82,1 (23)
	Trois ou plus	100	79,5 (35)
Nombre d'aidants	Aucun	100	81,8 (18)
	Un	100	76,9 (20)
	Deux	100	87,1 (27)
	Trois ou quatre	100	80,0 (16)
	Cinq à sept	100	n trop petit
	Huit ou plus	100	n trop petit
Solitude durant les temps libres	Plus de la moitié du temps seule	100	84,1 (37)
	Moitié du temps seule et avec d'autres	100	76,5 (26)
	Plus de la moitié du temps avec d'autres	100	74,5 (35)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
** Chi carré significatif avec une probabilité d'erreur de 5 %*
Total des répondantes de l'échantillon = 130

3.2. Les habitudes de consommation des répondantes

La moitié des répondantes (56 %) fument la cigarette.
80 % ont déjà consommé de l'alcool.
Le quart des répondantes ont consommé de la drogue.

L'exposition à des situations de violence conjugale peut aussi être associée, en partie, à certaines **habitudes de consommation** des femmes victimes. En général, la moitié (56 %) des répondantes fument la cigarette régulièrement ou à l'occasion et une forte proportion (90 %) d'entre elles fument plus d'un demi-paquet par jour. Par ailleurs, une forte majorité des répondantes (80 %) ont déjà consommé de l'alcool et près d'une sur cinq d'entre elles (19 %) a connu des problèmes liés à sa consommation. En ce qui a trait au nombre de consommations au cours des 7 jours précédant l'enquête: 60 % des consommatrices n'ont pas pris d'alcool. Cette forte proportion pourrait s'expliquer, en partie, par le fait que les femmes admises en maisons d'hébergement n'ont pas le droit de consommer d'alcool ou de drogues durant leur séjour à la maison d'hébergement. On se rappelle que 43 % des femmes de notre échantillon proviennent des maisons d'aide et d'hébergement. Près du tiers (30 %) avaient pris de 1 à 6 consommations et 10 %, 7 consommations et plus. En ce qui a trait à la consommation de drogues au cours des 12 mois précédant l'enquête, le quart (23 %) indiquent en avoir consommé. *Cf. tableau 13.* Pour plusieurs d'entre elles, les drogues privilégiées sont la marijuana, la cocaïne et les tranquillisants. Toutefois, les trois quarts des consommatrices n'ont pris qu'un seul type de drogues.

En termes d'habitudes de consommation, plus du tiers (41 %) des **femmes des Laurentides** sont des fumeuses, près de la moitié (49 %) de ces femmes n'ont pris aucune consommation d'alcool dans les sept derniers jours précédant l'enquête et 9 % d'entre elles ont consommé de la drogue dans la dernière année. Ainsi, à âges comparables, les femmes de l'échantillon sont de plus grandes consommatrices de cigarettes et de drogues que la population des femmes de la région.

Par ailleurs, les habitudes de consommation des répondantes ne semblent pas différer selon qu'elles soient victimes de violence physique ou de violence verbale. *Cf. tableau 14.*

Tableau 13
Habitudes de consommation des répondantes et des femmes des Laurentides

Habitudes de consommation		Répondantes échantillon % (n)	Femmes Laurentides %
Usage de la cigarette	Fumeuse	55,5 (71)	41,4
	Non-fumeuse	44,5 (57)	58,6
Consommation d'alcool (7 derniers jours)	Aucune	60,4 (61)	49,1
	1 à 6	29,7 (30)	41,9
	7 et plus	10 (10)	9,1
Consommation de drogues (12 derniers mois)	Consommatrice	22,8 (29)	9,1
	Abstinente	77,2 (98)	90,9

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997 et Enquête sociale et de santé, 1992-93.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Données pour les femmes des Laurentides contrôlées pour l'âge.

Tableau 14
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines habitudes de consommation des répondantes

Habitudes de consommation des répondantes		Violence verbale/ symbolique	Violence physique globale
Usage de la cigarette	Fumeuse régulière	100	81,8 (54)
	Fumeuse occasionnelle	100	n trop petit
	Non-fumeuse	100	74,5 (41)
Consommation d'alcool (7 derniers jours)	Aucune	100	78,0 (46)
	1 à 6	100	89,7 (26)
	7 et plus	100	n trop petit
Consommation de drogues (12 derniers mois)	Consommatrice	100	84,6 (22)
	Abstinente	100	76,3 (74)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Toutes les répondantes ont subi de la violence verbale de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint

3.3. Les problèmes de santé physique des répondantes

La moitié des répondantes considèrent que leur santé est bonne.
Les 2/3 ont connu une variation de poids au cours de l'année.
Les troubles de santé physique connus suite à la violence conjugale vécue sont d'abord, les migraines, les maux de tête, les troubles de sommeil, puis les maux de dos et les troubles digestifs.
Moins de 50 % des femmes vont en consultation médicale.

L'exposition à une situation de violence conjugale, comme l'ont démontré d'autres études[19], peut s'avérer porteuse de nombreuses conséquences en matière de santé et de bien-être. Cette première section aborde les **problèmes de santé physique** de nos répondantes, entre autres la perception qu'elles ont de leur état de santé et la variation de poids (plus ou moins 5 %) qu'elles ont pu connaître au cours de l'année. *Cf. tableaux 15 et 16.* Ainsi plus de la moitié des répondantes considèrent que leur santé est bonne ou moyenne et le tiers la perçoivent excellente ou très bonne. Elles sont donc peu nombreuses à la considérer mauvaise (13 %). Les données de notre enquête nous disent également que le fait de se percevoir en bonne ou en mauvaise santé ne rend pas nos répondantes moins ou plus vulnérables à subir de la violence physique. Par ailleurs, les deux tiers des répondantes ont connu une variation de poids au cours de la dernière année. Bien que nous n'ayons pas cette donnée pour les femmes des Laurentides, cette proportion nous semble importante. Toutefois, il faut émettre certaines limites quant à la notion de perception, qui demeure très subjective, et à l'interprétation que l'on peut en faire. Pour leur part, plus de la moitié des **femmes des Laurentides** considèrent leur santé comme très bonne ou excellente et très peu d'entre elles (1 %) la perçoivent mauvaise.

Lorsque nous examinons les différents problèmes de santé rapportés par ces femmes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale, nos résultats corroborent ceux trouvés par d'autres études[20]. Ainsi nos répondantes connaissent (par ordre décroissant) des troubles du sommeil, des migraines, des maux de dos, des ulcères d'estomac et des troubles respiratoires. *Cf. Tableau 17.*

---

19 Chénard, Lucie; Cadrin, Hélène; Loiselle, Josette, État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale, DSC du Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.
Violence conjugale. Recherches sur la violence faite aux femmes, sous la direction de M. Rinfret-Raynord et S. Cantin, Gaetan Morin Éditeur, 1994.

20 Op cit.

Tableau 15
Caractéristiques de santé physique des répondantes et des femmes des Laurentides

Caractéristiques de santé physique		Répondantes échantillon %		Femmes Laurentides %
Perception de l'état de santé	Excellente/très bonne	31,5	(41)	56,7
	Bonne/moyenne	55,4	(72)	42,1
	Mauvaise	13,1	(17)	1,3
Variation de poids	Oui	66,7	(86)	Données non disponibles pour les Laurentides
	Non	33,3	(43)	

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997 et Enquête sociale et de santé, 1992-93.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Données pour les femmes des Laurentides contrôlées pour l'âge.

Tableau 16
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines caractéristique de santé physique des répondantes

Caractéristiques de santé physique		Violence verbale % (n)	Violence physique (n)	
Perception de l'état de santé	Excellente/très bonne	100	79,5	(31)
	Bonne/moyenne	100	77,1	(54)
	Mauvaise	100	82,4	(14)
Variation de poids	Oui	100	75,0	(63)
	Non	100	85,7	(36)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Toutes les répondantes ont subi de la violence verbale de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint

On remarque que les femmes de l'échantillon sont nombreuses à avoir connu des migraines et des troubles du sommeil (respectivement 61 % et 70 % d'entre elles). Ensuite viennent les maux de dos et les troubles digestifs avec plus de 40 % des répondantes pour chacun de ces problèmes. Ces différents problèmes sont souvent une manifestation somatique d'une situation tendue. Ceci nous permet d'avancer certaines pistes de réflexion quant au dépistage possible en clinique, en cabinet privé ou au CLSC. En effet, un médecin constatant chez la même patiente des visites fréquentes pour des problèmes de ce type pourrait explorer la présence de tensions importantes en milieu familial. Une sensibilisation des médecins de première ligne, des omnipraticien(ne)s à ces diverses constatations pourrait donc s'avérer partie prenante d'une stratégie de prévention et de dépistage.

Tableau 17
Problèmes de santé physique connus par les répondantes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale

Problèmes de santé physique	Répartition % (n)	
Troubles du sommeil	69,7	(83)
Migraines ou maux de tête fréquents	60,5	(72)
Sérieux maux de dos ou de la colonne	41,2	(49)
Ulcères d'estomac et autres troubles digestifs	41,2	(49)
Troubles respiratoires (ex. emphysème, asthme)	34,5	(41)
Maladies de la peau et autres allergies	26,9	(32)
Problèmes osseux ou articulaires	26,9	(32)
Lésions, blessures et accidents	21,0	(25)
Hypertension	21,0	(25)
Anémie	16,8	(20)
Maladies du coeur	5,9	(7)
Cancer	5,0	(6)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130

Tableau 18
Consultation médicale pour les problèmes de santé physique connus par les répondantes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale

Problèmes de santé physique	Répartition % (n)	
Cancer	100	(6)
Maladies du coeur	71,4	(5)
Troubles respiratoires (ex. emphysème, asthme)	70,7	(24)
Hypertension	68,0	(17)
Anémie	65,0	(13)
Sérieux maux de dos ou de la colonne	63,3	(31)
Problèmes osseux ou articulaires	53,1	(17)
Ulcères d'estomac et autres troubles digestifs	48,9	(24)
Maladies de la peau et autres allergies	43,8	(14)
Migraines ou maux de tête fréquents	40,2	(29)
Troubles du sommeil	31,3	(26)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130

En ce qui a trait à la **consultation** concernant les problèmes vécus depuis l'apparition de la situation de violence conjugale, seules les répondantes ayant connu un cancer, une maladie du coeur, des troubles respiratoires ou de l'hypertension indiquent avoir consulté de façon assez assidue (entre 60 % et 100 % des femmes aux prises avec ces problèmes). Toutefois, les femmes vivant des troubles du sommeil, des migraines, des maladies de peau ou des troubles digestifs consultent dans moins de 50 % des cas. On remarque que ces problèmes sont davantage reconnus comme comportant une dimension psychosomatique. Cette situation apporte donc certaines limites au dépistage et à la prévention en milieu médical. En effet, si ce ne sont pas toutes les patientes qui consultent le milieu médical pour certains malaises physiques, il en demeure donc une partie à l'endroit de qui le dépistage de la violence devra être fait par d'autres types d'intervenant(e)s ou par d'autres réseaux (formels ou informels). *Cf. tableau 18.*

3.4. Les problèmes de santé mentale des répondantes

La moitié des répondantes ne se considèrent pas très heureuses.
La moitié des répondantes ont eu des idéations suicidaires.
86 % des répondantes ont un niveau élevé de détresse psychologique.

Malheureusement, la violence conjugale peut être associée non seulement à des problèmes de nature physique mais aussi à des **problèmes** en matière **de santé mentale**. En effet, la moitié des femmes de notre échantillon (47 %) ne se considèrent pas très heureuses, 50 % plutôt heureuses alors que seulement 3 % des femmes se qualifient de très heureuses. Par ailleurs, un taux important (86 %) de nos répondantes manifestent une symptomatologie élevée de détresse psychologique[21]. Cette proportion étant de 31 % pour la totalité des femmes des Laurentides. Cet indice permet d'estimer l'état global de santé mentale en tenant compte de la présence et de la sévérité des symptômes de problèmes de santé mentale. Notons que les répondantes ayant une détresse psychologique élevée connaissent une situation de violence physique dans une plus grande proportion que celles qui ont un faible niveau de détresse psyhcologique.

Près de la moitié (46 %) des répondantes mentionnent avoir eu des idéations suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête. Enfin, 7 femmes ont indiqué avoir tenté de se suicider, soit 6 % de l'échantillon. Pour les **femmes des Laurentides**, la proportion des femmes ayant eu des idéations suicidaires se chiffre à 5 % et la proportion de tentatives de suicide se chiffre pour sa part à 0,6 % de la population. *Cf. tableaux 19 et 20.*

---

[21] L'indice de détresse psychologique est construit à partir de 14 questions portant sur la fréquence de divers symptômes ressentis associés aux états dépressifs, aux états anxieux, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité.

Tableau 19
Caractéristiques de santé mentale des répondantes et des femmes des Laurentides

Caractéristiques de santé mentale		Répondantes échantillon % (n)		Femmes Laurentides %
Indice de détresse psychologique	Élevé	85,7	(108)	31,1
	Faible	14,3	(18)	68,9
Idéations suicidaires (12 derniers mois)	Oui	45,7	(59)	5,3
	Non	54,3	(70)	94,7
Tentatives de suicide (12 derniers mois) parmi celles qui y ont pensé	Oui	5,6	(7)	0,6
	Non	94,4	(49)	99,4

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997 et Enquête sociale et de santé, 1992-93
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Données pour les femmes des Laurentides contrôlées pour l'âge.

Tableau 20
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent selon certaines caractéristiques de santé mentale des répondantes

Caractéristiques de santé mentale		Violence verbale %	Violence physique % (n)	
Indice de détresse psychologique	Élevé	100	77,6	(83)
	Faible	100	86,7	(13)
Idéations suicidaires (12 derniers mois)	Oui	100	84,2	(48)
	Non	100	73,9	(51)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Toutes les répondantes ont subi de la violence verbale de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint

En termes de **consultation**, une bonne proportion (72 %) de celles qui ont eu des idéations suicidaires ont consulté pour cette situation. Les professionnel(le)s en relation d'aide (59 %) semblent être le premier choix de ces femmes, suivi des intervenant(e)s communautaires (37 %) et des médecins (27 %). De plus, elles consultent plus particulièrement en CLSC (46 %), en clinique (39 %) ou dans les centres de femmes (34 %). En ce qui a trait aux tentatives de suicide, la totalité des répondantes les mentionnant ont aussi consulté quelqu'un

à ce sujet, plus spécifiquement un(e) professionnel(le) en relation d'aide (43 %) et en clinique médicale.

Le tableau suivant montre différents troubles de santé mentale que les répondantes disent avoir connus depuis l'apparition de la situation de violence conjugale. On constate qu'une forte proportion de notre échantillon a vécu des problèmes de dépression (56 %) et de grande nervosité (76 %). Ces manifestations avaient aussi été relevées par d'autres enquêtes[22]. *Cf. tableau 21.*

Tableau 21
Problèmes de santé mentale connus par les répondantes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale

Problèmes de santé mentale	Répartition % (n)
Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	75,6 (90)
Dépression	55,5 (66)
Périodes de confusion ou de pertes de mémoires fréquentes et importantes	38,7 (46)
Symptômes et signes mal définis	23,5 (28)
Période de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser qu'on vous espionne	20,2 (24)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Note : les répondantes pouvaient choisir plus d'une réponse

Les répondantes sont toutefois peu nombreuses à indiquer avoir consulté pour ces divers problèmes de santé mentale. Seules celles souffrant de dépression semblent avoir consulté quelqu'un dans une plus forte proportion (73 %). On remarque donc que, quelle que soit la nature (physique ou mentale) des problèmes vécus, ces femmes ne font pas toujours appel à des ressources extérieures pour les aider à les surmonter. Pour plusieurs problèmes de santé, elles ne consultent dans pas plus de 30 à 40 % des cas. Le dépistage de la violence passe donc par la collaboration des différents milieux d'intervention. *Cf. tableau 22.*

---

[22] Chénard, Lucie; Cadrin, Hélène; Loiselle, Josette, État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale, DSC du Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.
Violence conjugale. Recherches sur la violence faite aux femmes, sous la direction de M. Rinfret-Raynord et S. Cantin, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

Finalement, seulement 7 % des femmes de notre échantillon mentionnent ne pas avoir connu de problèmes de santé mentale et/ou de santé physique depuis l'apparition de la situation de violence conjugale.

Tableau 22
Consultation pour les problèmes de santé mentale connus par les répondantes depuis l'apparition de la situation de violence conjugale

Problèmes de santé mentale	Répartition % (n)
Dépression	72,7 (48)
Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	38,9 (35)
Symptômes et signes mal définis	28,6 (8)
Périodes de confusion ou de pertes de mémoires fréquentes et importantes	28,3 (13)
Période de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser qu'on vous espionne	n trop petit

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130

PROFIL DE CONSOMMATION
DE SERVICES SOCIOSANITAIRES
ET DE MÉDICAMENTS

4. PROFIL DE CONSOMMATION DE SERVICES SOCIOSANITAIRES ET DE MÉDICAMENTS DES RÉPONDANTES

4.1. Consommation de services en regard d'une situation de violence conjugale

Les 3/4 ont consulté un(e) professionnel(le) du réseau de la santé et/ou un(e) intervenant(e) communautaire en regard de la situation de violence conjugale vécue. Le niveau de satisfaction à l'égard de ces consultations est élevé.

Globalement, les trois quarts des répondantes mentionnent avoir **consulté** un(e) professionnel(le) du réseau de la santé et des services sociaux **en regard de la situation de violence conjugale vécue**. Le premier choix de ces femmes était un(e) professionnel(le) en relation d'aide (87 %), suivi d'un médecin (40 %)[23]. D'autre part, 66 % des répondantes indiquent avoir consulté un(e) intervenant(e) communautaire (dans un centre de femmes ou en maison d'hébergement par exemple) pour ce même sujet. On constate donc que les femmes victimes de violence conjugale s'adressent à plusieurs types de ressources afin de les aider. Toutefois, ces consultations n'apportent pas nécessairement une modification de la relation avec le conjoint violent. Par contre, le simple fait qu'elles consultent quelqu'un en milieu médical indique qu'il est possible de rejoindre ce groupe vulnérable par le biais des cliniques médicales.

En ce qui a trait à la **satisfaction face à cette consultation**, les répondantes ont manifesté une satisfaction globale appréciable tant pour la consultation avec un(e) professionnel(le) du réseau sociosanitaire qu'avec un(e) intervenant(e) du milieu communautaire. Sur une échelle de 0 à 10, 10 représentant une satisfaction complète, les différentes dimensions associées aux services reçus ont obtenu un score supérieur à 7 soit de satisfaisant à très satisfaisant. *Cf. tableau 23.* Plus particulièrement, la satisfaction concernant certains aspects de la dimension relationnelle est plus élevée comparativement aux dimensions professionnelle et organisationnelle et ce, tant pour la consultation avec un(e) intervenant(e) du réseau de la santé que du réseau communautaire. Toutefois, la consultation avec un(e) intervenant(e) du milieu communautaire s'est avérée, selon les répondantes, légèrement plus satisfaisante que celle avec un professionnel(le) du réseau. Il est probable que le contexte d'une consultation en centres de femmes ou en maisons d'hébergement soit plus favorable au bien-être des femmes en matière d'écoute et d'intimité.

---

[23] Les répondantes pouvaient choisir plus d'une réponse.

Tableau 23
Satisfaction des répondantes face à la consultation avec un(e) professionnel(le) du réseau de la santé et des services sociaux et/ou un(e) intervenant(e) communautaire au sujet des situations de violence conjugale vécues

Aspects de la satisfaction	Degré de satisfaction moyen (sur une échelle de 0 à 10)	
	Professionnel(le) du réseau de la santé	Intervenant(e) du milieu communautaire
La satisfaction globale à l'égard de la visite	7,9	8,9
DIMENSION RELATIONNELLE		
Le respect avec lequel on vous a traitée	8,9	9,2
L'attention portée à votre problème immédiat	8,4	9,1
La prise en compte de l'ensemble de vos habitudes et de votre condition de vie qui peuvent être liées à votre problème	8,0	8,1
La confidentialité du traitement de votre dossier	9,4	9,7
La préservation de votre intimité physique	9,4	9,4
Le temps pris pour s'occuper de vous	8,7	8,9
L'écoute par la personne qui vous a rencontrée	9,1	9,4
DIMENSION PROFESSIONNELLE		
La compétence du personnel	8,9	9,3
Les explications sur les ressources disponibles pour vous aider	8,3	9,2
La suggestion qu'on vous a faite de faire appel au soutien de votre entourage	7,7	8,9
DIMENSION ORGANISATIONNELLE		
La rapidité à obtenir un rendez-vous	8,1	9,5

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
À partir d'une échelle de 0 à 10, soit de pas du tout satisfaite (0) à extrêmement satisfaite (10).

4.2. Consommation de services sociosanitaires

La moitié des répondantes ont consulté pour un problème de santé et le 1/3 pour une raison d'ordre social ou familial.
Près de 80 % des répondantes ont consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois.

On a vu précédemment les problèmes de santé et de bien-être et les consultations rapportées par les femmes de notre échantillon en lien avec la violence qu'elles avaient vécu. La section suivante donne des indications sur **l'ensemble des problèmes de santé et de bien-être** et sur les consultations du réseau de services sociosanitaires des femmes au cours de la dernière année. **Ces problèmes et ces consultations ne sont pas nécessairement reliées à la violence conjugale subie.**

La **dernière consultation** a eu lieu plus particulièrement dans une clinique médicale ou un bureau privé (56 %) ou au CLSC (19 %). Par ailleurs, le **principal problème** à l'origine de la dernière consultation était relatif à leur santé pour la moitié des répondantes (48 %). Il était d'ordre social ou familial dans le tiers des cas (33 %) et de nature préventive pour une femme sur cinq (20 %). *Cf. tableau 24.* Pour leur part, les femmes des Laurentides ont consulté, dans des proportions semblables aux répondantes de l'enquête, pour un problème de santé (54 %). Toutefois, contrairement aux femmes de notre échantillon, elles ont davantage consulté pour un examen de routine (42 %) et très peu pour un motif d'ordre social ou familial (4%).

Les femmes de l'échantillon qui ont consulté pour un problème de santé, l'ont fait dans une proportion importante pour des problèmes mentaux (40 %) comme une dépression ou des troubles du comportement par exemple.

De plus, on remarque que, au cours des 12 mois précédant l'enquête, les répondantes ont consulté plus particulièrement un médecin généraliste (79 %). Suivent les travailleur(euse)s sociaux(sociales), les psychologues ou psychothérapeutes et les dentistes dans des proportions similaires (soit autour de 43 %). *Cf. tableau 25.* En ce qui a trait au nombre de professionnel(le)s consulté(e)s, le tiers des répondantes ont consulté un ou deux professionnel(le)s, un autre tiers, trois ou quatre et le dernier tiers, cinq ou plus. Très peu d'entre elles (2 %) n'ont pas consulté un(e) professionnel(le) durant la période de référence. *Cf. tableau 26.* Le nombre assez élevé de professionnel(le)s consulté(e)s peut s'expliquer en partie par la durée de référence soit les douze derniers mois.

Tableau 24
Problèmes à l'origine de la dernière consultation selon les répondantes et les femmes des Laurentides

Problèmes à l'origine	Répondantes échantillon % (n)		Femmes Laurentides %
Santé	47,8	(54)	54,2
Social ou familial	32,7	(37)	3,5
Préventif ou de routine	19,5	(22)	42,3

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997 et Enquête sociale et de santé, 1992-93
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Données pour les femmes des Laurentides contrôlées pour l'âge.

Tableau 25
Type de professionnel(le)s consulté(e)s durant l'année précédant l'enquête

Type de professionnel(le)s	Répartition %[24] (n)	
Médecin généraliste	79,3	(96)
Travailleur(euse) social(e)	47,1	(57)
Psychologue, sexologue, psychothérapeute	43,3	(52)
Dentiste	43,0	(52)
Pharmacien(ne)	39,2	(47)
Médecin spécialiste	29,8	(36)
Optométriste ou opticien(ne)	21,7	(26)
Infirmier(ère)	18,3	(22)
Praticien(ne) de médecine douce ou non traditionnelle	16,7	(20)
Physiothérapeute ou ergothérapeute	6,6	(8)
Audiologiste, orthophoniste	5,8	(7)
Diététiste ou diététicien(ne)	4,2	(5)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130

Tableau 26
Nombre de professionnel(le)s consulté(e)s durant l'année précédant l'enquête

Nombre de professionnel(le)s consulté(e)s	Répartition % (n)	
Aucun	2,4	(3)
Un ou deux	33,6	(42)
Trois ou quatre	31,2	(39)
Cinq ou plus	32,8	(41)

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130

[24] Les répondantes pouvaient choisir plus d'une réponse.

4.3. Consommation de médicaments

Le tiers des répondantes n'ont pas consommé de médicaments.
Celles qui en ont pris, ont consommé surtout des analgésiques et des tranquillisants.
Elles ne consomment pas toujours suite à un avis médical.

À l'instar de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, nous avons demandé aux participantes à l'étude quelques informations quant à leur **consommation de médicaments** dans les deux jours précédant l'enquête. La consommation de médicaments peut effectivement être considérée comme une conséquence reliée à l'état de santé et de bien-être d'un groupe. Premièrement, plus des deux tiers des répondantes ont consommé un ou plusieurs médicaments dans la période de référence. *Cf. tableau 27.* Les femmes de notre échantillon connaissent une distribution similaire à celle des femmes des Laurentides en général. En effet, parmi les femmes de la région, 32 % n'ont pas consommé de médicament, dans les deux jours précédant l'enquête, 51 % en ont consommé un ou deux et 17 % trois ou plus. Concernant notre échantillon, 29 % n'ont pas consommé de médicaments, 50 % un ou deux et 21 % trois ou plus au cours des deux derniers jours. Les femmes de l'enquête se démarquent donc légèrement des femmes de la région puisqu'elles sont proportionnellement plus nombreuses à consommer trois médicaments et plus au cours des deux jours précédant l'enquête.

Par ailleurs, en ce qui a trait au **type de médicaments** consommés, les analgésiques (35 %), les somnifères ou autres tranquillisants (32 %) et les vitamines (29 %) semblent être plus souvent choisis. Tout comme l'ont montré d'autres études[25], les femmes ayant été ou étant victimes de violence conjugale ont tendance à consommer plus de somnifères et de tranquillisants que les femmes de la population en général. Suivent dans de moindres proportions, les stimulants (16 %), les remèdes pour la toux (12 %) et les onguents pour la peau (12 %). Par ailleurs, en ce qui a trait aux autres médicaments consommés, les antidépresseurs sont le plus souvent mentionnés. Toutefois, ces médicaments ne sont pas toujours consommés suite à un avis médical. Ceci est d'autant plus présent dans le cas des médicaments qui peuvent être obtenus sans ordonnance. *Cf. tableau 28.*

---

[25] Violence conjugale. Recherches sur la violence faite aux femmes, sous la direction de M. Rinfret-Raynord et S. Cantin, Gaetan Morin Éditeur, 1994.

Tableau 27
Nombre de médicaments consommés (au cours des deux derniers jours) par les répondantes et les femmes des Laurentides

Nombre de médicaments consommés	Répondantes échantillon % (n)	Femmes Laurentides %
Aucun	29,4 (35)	32,0
Un ou deux	49,6 (59)	51,3
Trois ou plus	21,0 (25)	16,6

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997 et Enquête sociale et de santé, 1992-93.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Données pour les femmes des Laurentides contrôlées pour l'âge.

Tableau 28
Type de médicaments consommés (au cours des deux derniers jours) par les répondantes et les femmes des Laurentides

Type de médicaments consommés parmi celles qui en ont pris	Répondantes échantillon[26] % (n)	Femmes Laurentides %
Analgésiques	34,5 (29)	21,8
Somnifères, sédatifs, tranquillisants	32,1 (27)	5,1
Vitamines ou minéraux	28,6 (24)	27,3
Stimulants	15,5 (13)	0,7
Remèdes contre la toux	11,9 (10)	3,3
Onguent pour la peau	11,9 (10)	4,5
Médicaments pour le coeur	10,7 (9)	5,5
Pilule contraceptive	10,7 (9)	11,4
Antibiotiques	9,5 (8)	2,5
Suppléments alimentaires	7,1 (6)	8,1
Laxatifs	7,1 (6)	1,2
Remèdes pour l'estomac	3,6 (3)	2,8
Autre médicament	23,8 (20)	14,5

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997.
Total des répondantes de l'échantillon = 130
Données pour les femmes des Laurentides contrôlées pour l'âge.

[26] Les répondantes pouvaient choisir plus d'une réponse.

LES PRINCIPAUX CONSTATS

5. LES PRINCIPAUX CONSTATS

Il apparaît maintenant pertinent d'aborder les différentes constatations qui émergent des résultats présentés et qui peuvent s'avérer utiles pour orienter les réflexions autour de la problématique. Il faut toutefois se rappeler les limites reliées à nos données (voir section sur les limites méthodologiques, page 12) compte tenu que nous ne pouvons prétendre que notre échantillon représente l'ensemble des femmes victimes de violence conjugale. Par ailleurs, le faible effectif et la variabilité de notre échantillon ne nous ont pas permis, à quelques reprises, d'établir si les écarts observés entre certains sous-groupes de répondantes étaient statistiquement significatifs. Nous présentons donc ici les résultats de l'étude les plus éloquents et les plus susceptibles de susciter une réflexion critique.

Profil de violence

Première constatation : plus des trois quarts de nos répondantes ont connu une forme ou une autre de violence de la part d'un membre de la famille durant l'enfance et/ou l'adolescence. De plus, lorsque présente dans la famille, cette violence est considérée acceptable dans les deux tiers des cas. Il y a donc lieu de se questionner sur les valeurs qui sont parfois véhiculées au sein de la famille en regard des attitudes ou comportements de violence. Par ailleurs, les deux tiers des répondantes mentionnent aussi avoir subi de la violence de la part d'une personne extérieure à la famille durant l'enfance et la moitié durant l'adolescence. On constate que plusieurs de nos répondantes ont donc vécu des antécédents de violence. Il faudrait se préoccuper des répercussions à long terme de cette violence sur la vie de ces femmes sachant que plusieurs d'entre elles en ont vécu à la fois durant l'enfance et durant l'adolescence et également à l'intérieur et à l'extérieur de la famille (i.e. socialisation revictimisante).

Deuxième constatation : dans les 12 mois précédant l'enquête, la totalité des répondantes ont connu de la violence verbale/symbolique, les trois quarts de la violence physique et le tiers de la violence sexuelle de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint. On peut émettre l'hypothèse que la violence verbale est la première forme de violence à s'installer dans le couple et probablement la plus durable et constante. Considérant les impacts possibles sur la vie de la

victime, la violence verbale semble tout aussi dévastatrice que les autres formes et doit donc être perçue comme un signal d'alarme d'importance, potentiellement précurseur d'une intensification de la violence conjugale. Également, dans plusieurs cas, nos répondantes ont connu plusieurs types de violence durant la même période, 49 % ont subi à la fois de la violence verbale et de la violence physique et 29 % de la violence verbale, physique et sexuelle.

Troisième constatation : en ce qui a trait à la durée de la situation de violence conjugale, plus de la moitié des répondantes indiquent la vivre depuis 6 ans ou plus. il y a lieu de s'inquiéter de la durée pendant laquelle les femmes supportent une situation intolérable. Ceci rappelle aussi l'importance de dépister rapidement des situations familiales tendues afin de prévenir la violence à long terme. Également, la compréhension des motifs pour lesquels certaines femmes demeurent exposées sur de longues périodes à des situations de violence est surement porteuse d'interventions préventives efficaces.

Par ailleurs, «une relation conjugale qualifiée de violente ne se réduit pas à un geste isolé mais s'inscrit dans un climat plus général de peur et de menaces. C'est pourquoi, l'intensité et la fréquence de ces comportements doivent être prises en compte pour juger de la nature du risque que court la femme»[27]. À cet égard, notre enquête indique que la moitié des répondantes ont subi de la violence verbale/symbolique, le tiers de la violence sexuelle et le quart de la violence physique 11 fois ou plus durant la dernière année.

Quatrième constatation : près de la moitié des répondantes ayant déjà été enceintes mentionnent avoir subi de la violence de la part de leur conjoint au moment de leur grossesse. Ceci ouvre une piste de réflexion quant aux possibilités de dépistage de la violence en milieu familial par le biais des médecins oeuvrant en périnatalité ou en gynéco-obstétrique.

Caractéristiques socioéconomiques et démographiques

Cinquième constatation : la situation de violence conjugale vécue par nos répondantes semble être associée à certaines de leurs caractéristiques socioéconomiques et

---

[27] Santé Québec, Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches, 1996, p.115

démographiques. En effet, nos répondantes sont relativement jeunes (72 % ont entre 25 et 44 ans), elles sont peu scolarisées (77 % ont tout au plus un secondaire 5), elles se perçoivent pauvres ou très pauvres (69 %) et elles travaillent peu (44 % n'ont pas d'emploi en 1996). Par ailleurs, elles sont plus souvent seules à subvenir à leurs besoins et/ou à ceux de leurs enfants.

Ce profil socioéconomique des **femmes de notre échantillon** est beaucoup moins favorable que celui de l'ensemble des femmes de la région. Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que la dépendance et la précarité économique peuvent être des facteurs favorisant la persistance de la situation de violence ainsi que la difficulté à s'en retirer. Le fait que les répondantes de l'enquête ayant un profil peu favorable sur le plan socioéconomique ont davantage été rejointes par les services communautaires participant à l'étude peut toutefois sous-tendre que ce type de services ne rejoint pas également l'ensemble des femmes victimes de violence. Il est possible que les femmes plus scolarisées consultent ces ressources dans une moins grande proportion que celles qui sont plus démunies socioéconomiquement.

Dans une perspective plus globale, la promotion de l'autonomie financière des femmes par le biais de la scolarisation et de l'emploi deviendrait aussi une stratégie pour contrer en partie les situations de violence familiale. Il s'avère important d'agir sur la pauvreté compte tenu de tous les impacts positifs que cela peut entraîner. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que **la violence conjugale n'est pas uniquement le lot des plus défavorisées**. Elle se retrouve dans toutes les couches sociales. Les femmes de notre échantillon considérant leurs revenus suffisants sont aussi exposées à cette situation de violence.

Profil de santé (physique, mentale et sociale)

Sixième constatation : la moitié de notre échantillon a un faible réseau social et semble donc vivre de l'isolement ou de la misère sociale. La moitié des répondantes se disent insatisfaites de leur vie sociale. Elles sont également peu satisfaites de l'implication du père de leur enfants. Toutefois, elles sont satisfaites de leurs rapports amicaux et de leurs relations avec leurs enfants. Bien que certaines répondantes se bâtissent un bon réseau social qui pourrait leur procurer un soutien face à la situation de violence qu'elles vivent à la maison, ce dernier n'est pas nécessairement un facteur de protection, particulièrement si les femmes victimes ne

parlent pas ou ne font pas appel aux personnes de leur réseau pour trouver des solutions à ce qu'elles vivent.

Septième constatation : en ce qui a trait aux problèmes de santé physique et mentale que connaissent nos répondantes, globalement, elles se considèrent en bonne santé. Toutefois, elles sont nombreuses à avoir connu des troubles du sommeil, des migraines ou des maux de tête fréquents, des maux de dos et des troubles digestifs. De plus, bien qu'elles ne consultent pas toujours, une sensibilisation des médecins de première ligne, des omnipraticien(ne)s pourrait s'avérer une avenue importante dans le cadre de stratégies de dépistage.

En matière de santé mentale, 86 % des répondantes manifestent un indice élevé de détresse psychologique et près de la moitié ont eu des idéations suicidaires (12 derniers mois). Ces taux sont nettement supérieurs aux proportions retrouvées chez l'ensemble des femmes des Laurentides. De façon plus spécifique, les problèmes de santé mentale qu'elles ont connu en lien avec la violence vécue sont le plus souvent des épisodes de dépression et de grande nervosité.

Même si l'on ne peut conclure sur le lien de causalité entre la violence subie et les problèmes vécus, certains problèmes de santé physique et de santé mentale semblent être plus répandus parmi les femmes de notre échantillon que dans la population générale des femmes.

Profil de consommation de services

Huitième constatation : les trois quarts des répondantes mentionnent avoir consulté un(e) professionnel(le) du réseau de la santé et des services sociaux et les deux tiers un(e) intervenant(e) communautaire en regard de la situation de violence conjugale vécue. Si ce résultat nous indique que des femmes victimes de violence conjugale peuvent être rejointes par des services socio-sanitaires ou communautaires, il ne nous permet pas d'estimer la proportion des femmes victimes qui échappent aux ressources d'aide ou qui consultent d'autres ressources.

Par ailleurs, les répondantes mentionnent pour la plupart avoir consulté au moins un(e) professionnel(le) du réseau de la santé et des services sociaux dans la dernière année, plus particulièrement, un médecin généraliste, un(e) travailleur(euse) social(e) et/ou un(e)

psychologue. Ceci vient renforcer la possibilité que le milieu médical en général (cliniques, CLSC, bureaux privés) puisse constituer un lieu privilégié pour encourager la prévention, la sensibilisation et le dépistage.

Autre constat

Neuvième constatation : les répondantes, les chercheures et les intervenantes n'ont pas nécessairement la même perception de ce que sont des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint. Certaines hypothèses peuvent être avancées : on peut possiblement conclure qu'un certain temps doit s'écouler avant la prise de conscience que l'on est victime de violence conjugale. On peut aussi penser que des différences culturelles (valeurs, normes familiales) influencent la compréhension de ce qu'est la violence conjugale. Les campagnes de publicité et d'éducation en matière de violence (familiale et autres) constituent donc un véhicule intéressant pour la promotion et la prévention de comportements non-violents. Par ailleurs, ces écarts de perception de ce qu'est la violence imposent aussi certaines limites quant à la faisabilité, dans certains cas, des recherches sur la violence familiale. De meilleurs outils d'identification de la violence conjugale peuvent fournir un contre-poids à ces limites. Toutefois, selon les intervenant(e)s ayant participé à la cueillette des données de l'enquête, le questionnaire s'est avéré un bon outil de sensibilisation et de dépistage. Il apparaît intéressant d'en faire la promotion comme outil d'intervention.

CONCLUSION

Suite à la démarche de recherche, aux différents constats que nous avons présentés et aux discussions que nous avons eues avec différent(e)s acteurs et actrices concerné(e)s par la violence conjugale, plusieurs recommandations ont émergé.

Notre recherche ne nous a pas permis de tout couvrir en matière de violence conjugale : nous retenons des pistes de recherches qu'il faudrait investiguer.

- Mieux documenter la problématique selon les différentes classes sociales puisque la violence conjugale n'est pas que le lot des femmes les plus défavorisées socioéconomiquement.
- Se préoccuper également de certains sous-groupes particuliers: couples de personnes âgées, couples homosexuelles, femmes plus scolarisées et femmes de moins de 25 ans puisque ces groupes ne sont pas exempts de violence conjugale mais les données restent plus que partielles à leur sujet.
- Documenter les impacts de la violence conjugale sur les enfants.
- Élaborer un profil global de violence conjugale pour l'ensemble des femmes des Laurentides, c'est-à-dire établir la prévalence et les formes de violence conjugale vécue au sein de la population féminine de la région.
- Établir la perception qu'ont de la violence conjugale ceux qui la subissent ou non et ceux qui l'infligent ou non.

Par ailleurs, nous formulons d'autres recommandations en lien avec nos principaux constats.

- Créer des liens fonctionnels entre le milieu médical et les différentes ressources d'aide de la région.
- Assurer une meilleure information en milieu médical quant aux ressources disponibles sur le territoire, entre autres, par des campagnes d'information. En effet, s'il est important que les médecins puissent dépister, encore faut-il qu'ils ou elles connaissent les ressources d'aide et sachent où diriger leurs clientes.
- Élaborer un protocole d'intervention en violence conjugale pour les médecins.
- Encourager les praticien(ne)s à engager le dialogue avec leurs patientes autour de la violence conjugale.

- Favoriser l'information et l'éducation en matière de violence, particulièrement chez les enfants et les jeunes.
- Améliorer la visibilité des ressources d'aide de la région.
- Socialiser les jeunes dans une optique non sexiste afin de favoriser des rapports égalitaires entre hommes et femmes.
- S'assurer que les ressources en place pour les femmes et les enfants victimes de violence conjugale sont adéquates, suffisantes et soutenues pour répondre aux besoins de toute la région.
- Soutenir les programmes d'éducation et de sensibilisation existants à l'aide de ressources humaines et financières.
- Sensibiliser et encourager les femmes et les hommes à dénoncer la violence.
- Rompre l'isolement des victimes de violence conjugale.
- Plus globalement, donner aux femmes la possibilité d'acquérir leur autonomie et leur indépendance par l'accès à l'emploi et à des salaires suffisants.

Finalement, nous émettons une dernière recommandation:

- Prendre conscience, à l'instar de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale, que contrer la violence passe par la concertation et le partenariat entre différents secteurs: justice, social, santé, famille, scolaire.

ANNEXE
RECENSION DES ÉCRITS

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1: Les femmes et la violence

1.1. Les rapports inégaux entre les hommes et les femmes : un terrain propice à la violence conjugale ..... p. 1

1.2. La violence conjugale: sa définition et ses manifestations ..... p. 2

1.3. Explications de la violence conjugale ..... p. 8

Chapitre 2: Portrait statistique de la violence faite aux femmes

2.1. Données épidémiologiques ..... p. 12

2.2. Données clientèles ..... p. 12

2.2.1. Pour le Québec

2.2.2. Pour les Laurentides

Chapitre 3: La violence conjugale et ses effets sur la santé et le bien-être des femmes

3.1. Recension des études p.16

Bibliographie ..... p. 21

Chapitre 1: Les femmes et la violence

1.1. *Les rapports inégaux entre les hommes et les femmes : un terrain propice à la violence conjugale*

«Le problème de la violence conjugale s'inscrit dans la problématique plus large de la violence faite aux femmes» mais aussi, elle résulte d'inégalités structurelles, entre hommes et femmes, parfois peu évidentes. Ainsi, «les pouvoirs politique, économique et juridique sont toujours largement détenus par les hommes malgré les percées récentes des femmes dans tous les secteurs de l'activité humaine» (*Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995*)[1]. De plus, la violence résulte de rapports inégaux et de domination des hommes sur les femmes.

> «Dans les sociétés occidentales industrialisées, la division sociale du travail entre hommes et femmes a jusqu'ici été caractérisée par l'assignation de la majorité des femmes à la sphère privée, donc principalement aux activités de reproduction sociale, c'est-à-dire donner la vie et assurer l'entretien matériel et le bien-être physique et affectif des membres de la famille. Les hommes, quant à eux, ont majoritairement été assignés à la sphère publique, celle de la production et de l'échange des biens, celle des institutions collectives et de l'organisation politique; à l'intérieur de la famille, ils ont surtout assumé un rôle de pourvoyeur économique et de dépositaire de l'autorité sociale conférée notamment par le droit et la religion.»[2]

Théoriquement, cette vision de la société est révolue. Les femmes québécoises ont acquis leur égalité devant la loi (les femmes au Canada ont obtenu le statut juridique de personnes en 1929); elles ont le droit de voter (ce droit a été gagné en 1940 au Québec); elles ont le droit de travailler, le droit à l'éducation, le droit la liberté de parole et d'action. Par exemple, le taux d'activité de la main d'oeuvre féminine est passé de 40,1 % en 1975 à 46,8 % en 1995. Le nombre de femmes occupant, au sein de la fonction publique, des postes de cadres supérieurs a augmenté (de 6,5 % en 1986 à 12 % en 1992), de même dans la haute direction (9,3 % en 1986 et 13,2 % en 1992) (*Plan d'action en matière de condition féminine, 1994*)[3]. Aujourd'hui, plus de jeunes femmes que de jeunes hommes fréquentent l'université (du moins dans certains programmes). De plus, elles ont la possibilité de choisir quand et combien d'enfants elles auront (par le biais de moyens de contraception plus accessibles).

---

1 Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995.

2 Dunnigan, L., Les rapports hommes femmes et les inégalités socio-économiques qu'ils produisent; Implications pour la santé et le bien-être, Ministère de la santé et des services sociaux, 1992.

3 Gouvernement du Québec, Plan d'action en matière de condition féminine 1993-1996, Ministère de la santé et des services sociaux, 1994.

Pourtant, malgré ces progrès, les femmes continuent de posséder des emplois considérés traditionnellement féminins (emplois de bureau, secteur des produits et services). De plus, elles ont un revenu encore nettement inférieur à celui des hommes (en 1989, le revenu d'emploi à temps partiel était de 23 062 $ pour les hommes et de 15 183 $ pour les femmes) et elles occupent plus souvent des emplois précaires. Considérant cette situation, les femmes vivent aussi plus souvent dans un contexte de pauvreté. Et cette situation ne semble pas s'améliorer. Dans la répartition des tâches dans le domaine privé, les femmes ont toujours hérité du rôle d'épouse et de mère. Pourtant, en intégrant plus massivement le marché de l'emploi, elles n'ont pas été exemptées de ce travail à temps plein peu reconnu et peu valorisé. Elles doivent donc assumer ce double rôle (familial et professionnel) qui, dans un contexte de désinstitutionnalisation et de désengagement de l'État, risque de se transformer en un fardeau très lourd à porter. De plus, même si elles sont plus nombreuses à fréquenter l'université, elles ne sont pas, proportionnellement, plus nombreuses à trouver un emploi ou à être rémunérées selon leurs qualifications. Finalement, malgré toutes les campagnes de contraception, on remarque tout de même une augmentation des grossesses à l'adolescence, de 12,7 pour mille en 1980 à 20 pour mille en 1993.

1.2. La violence conjugale : sa définition et ses manifestations

La violence est «quelque chose d'évitable qui fait obstacle à l'épanouissement de l'être humain, c'est-à-dire qui le brime dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux, depuis les besoins élémentaires de survie jusqu'aux relations sociales et à l'épanouissement personnel» (Clarkson, 1994)[4]. On retrouve plusieurs définitions de la violence conjugale mais un point commun demeure: «elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie» (*Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995*)[5]. Voici un aperçu de quelques définitions formulées pour décrire la violence faite aux femmes par leur conjoint(e) ou ex-conjoint(e).

> «La violence faite aux femmes suppose l'intention du mari d'intimider son épouse, soit par la menace soit par l'utilisation de la force physique contre la personne ou les biens de cette dernière. Toute agression suppose un déséquilibre des pouvoirs entre la victime et son agresseur.» (Sinclair, 1985, cité dans Frankel-Howard, 1989)[6]

---

4 Clarkson, M., La violence familiale, une approche systémique, Ministère de la santé et des services sociaux, 1994.

5 Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995.

6 Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

« La violence faite aux femmes est généralement définie comme l'agression physique ou psychologique infligée par un homme contre son partenaire du sexe féminin dans le but de contrôler son comportement ou de l'intimider. Cela peut inclure une occasion unique entraînant des torts physiques ou émotifs appréciables, mais suppose plus généralement des incidents répétés et d'envergure croissante causant des blessures ou des symptômes physiques, ou ayant des séquelles émotives ou psychologiques qui nuisent à son bien-être ou au fonctionnement de la famille ». (Comité sur l'agression contre l'épouse de l'Association médicale de l'Ontario, 1986, cité dans Frankel-Howard, 1989)[7]

« La violence faite aux femmes désigne les actes violents perpétrés par les hommes contre leur épouse ou partenaire. L'agression peut être de nature psychologique, sexuelle ou physique. L'agresseur vise ainsi à contrôler la femme en l'isolant, en lui causant de la douleur et en suscitant chez elle des sentiments de peur ». (Wiebe, 1985, cité dans Frankel-Howard, 1989)[8]

« Femme battue (violence physique), menacée de l'être ou objet de scènes de violence qui laissent présumer qu'elle le sera (violence verbale), ou encore humiliée par des critiques, des railleries et des insultes, lesquelles à long terme, peuvent détruire la personnalité et l'assurance (violence psychologique). Cette violence est exercée par le conjoint dans les cadres du mariage, de l'union de fait, ou encore après que la femme l'ait quitté ». (Shee, 1980, cité dans Chénard et *al*, 1990)[9]

Et finalement, selon la ***Politique d'intervention en matière de violence conjugale***:

«La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle procède, chez l'agresseur, selon un cycle défini par des phases successives marquées par la montée de la tension, l'agression, la déresponsabilisation, la rémission et la réconciliation»[10]

---

7 Idem

8 Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

9 Chénard, L., Cadrin, H. et Loiselle, J., État de santé des femmes victimes de violence conjugale, DSC, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.

10 Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995.

Plusieurs idées sont exprimées ici: entre autres que la violence conjugale revêt plusieurs formes (violence verbale, psychologique, physique, sexuelle et économique), qu'il y a une certaine gradation et un certain cycle dans cette violence, que celle-ci origine d'une relation de pouvoir nourrie par le conjoint agresseur à l'égard de sa victime et qu'elle peut avoir des conséquences sur l'état de santé et de bien-être des femmes qui la subissent.

La **violence verbale** est souvent la première forme de violence à se manifester et la dernière à se retirer. Elle consiste à intimider une personne par des menaces: par exemple injurier ou insulter, bouder ou refuser de parler, quitter la pièce ou la maison en claquant la porte, pleurer, vexer, menacer de frapper ou de lancer quelque chose, lancer un objet, frapper quelque chose ou donner un coup de pied (Rinfret-Raynor et Cantin, 1994)[11]. La violence verbale est souvent vue comme une composante de la violence psychologique et même la renforce. «L'agresseur dénigre directement la victime. Il lui parle en employant des comparaisons offensantes. Il lui donne des surnoms qui la ridiculise. Il minimise l'importance de leurs rapports sexuels. Il associe les comportements de sa conjointe à ceux d'une malade mentale. Il la ridiculise en présence de d'autres personnes»[12]. Finalement, «l'intimidation verbale prépare à la violence physique, crée l'insécurité ou la peur et empêche la conjointe de se soustraire à la situation» (*Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995*)[13].

La **violence psychologique** « consiste à dénigrer une personne par des paroles visant à atteindre son intégrité physique et morale » (Rinfret-Raynor et Cantin, 1994)[14]. Cet aspect particulier de la violence a connu une évolution dans les termes utilisés pour la définir: on parle d'abus non physiques, d'abus indirects, d'abus émotionnels, de cruauté mentale, de mauvais traitement émotionnel ou encore de mauvais traitement psychologique. Plusieurs comportements particuliers ou actions composent cette violence: la privation (par exemple financière), l'humiliation, la dégradation ou la dévalorisation, la distorsion de la réalité, le déni ou la manipulation, l'isolement social imposé par le conjoint, les menaces, l'intimidation, la coercition ou la punition, le contrôle, l'accusation indue, la critique et le blâme, l'indifférence, le maintien de la peur, la surveillance constante et la suspicion, la surcharge de responsabilités, le recours imprévisible et variable à l'indulgence finalement l'administration de drogues. «Elle porte atteinte à l'estime de soi et à la confiance en soi, et permet au doute de s'installer dans l'esprit de la victime quant à la responsabilité de son conjoint face à la situation» (*Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995*)[15]. *Cf. figure 1*

---

11 Rinfret-Raynord, M., et Cantin, S. (sous la direction de), Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

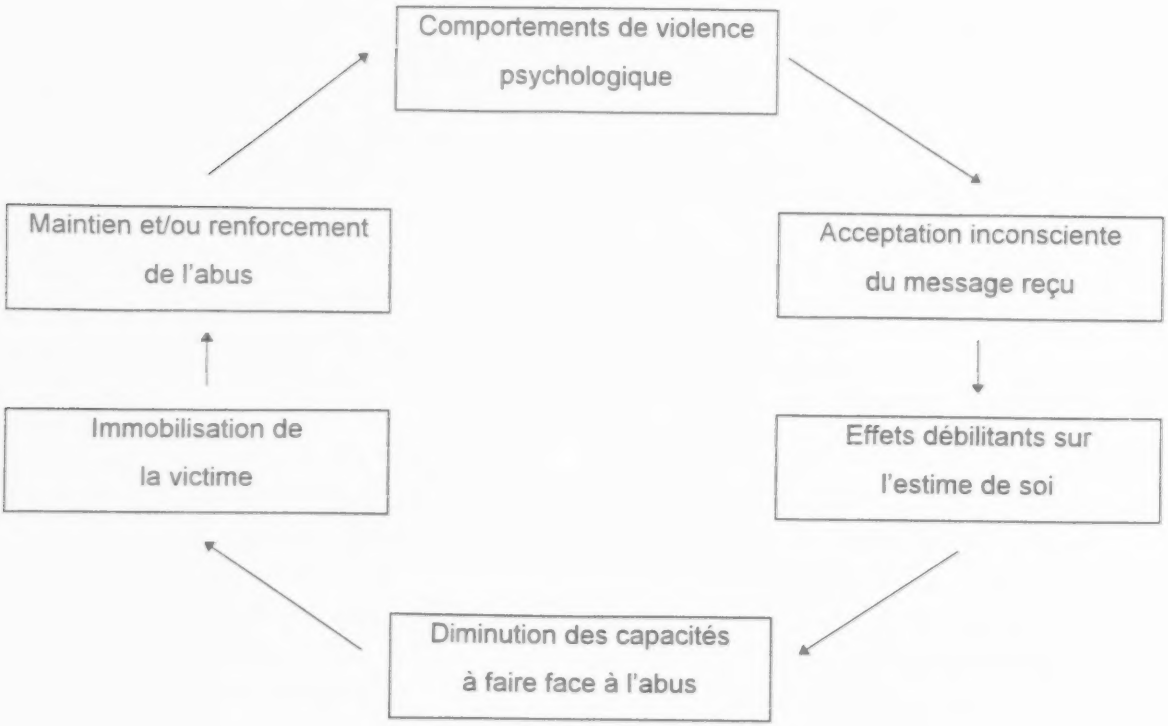
12 Larouche, G., Agir contre la violence, La Pleine Lune, Montréal, 1987.

13 Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995.

14 Rinfret-Raynord, M., et Cantin, S. (sous la direction de), Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

15 Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995.

Figure 1
Fonctionnement de la violence psychologique



La **violence physique** « consiste à exercer des agressions physiques sur une personne dans le but de lui faire mal physiquement » (Chénard et *al*, 1990)[16]. En d'autres termes: lancer un objet, pousser, agripper ou bousculer, taper ou donner la fessée, frapper à coups de pied, mordre, frapper du poing, utiliser un objet pour frapper, battre de plusieurs coups, menacer avec un couteau ou une arme à feu et finalement, utiliser un couteau ou une arme à feu sont autant de conduites physiques à caractère violent (Rinfret-Raynor et Cantin, 1994)[17]. « Lorsqu'il y a violence physique, la violence psychologique et la violence verbale sont habituellement présentes et précèdent les gestes de violence physique ». (Chénard et *al*, 1990)[18]

---

16 Chénard, L., Cadrin, H. et Loiselle, J., État de santé des femmes victimes de violence conjugale, DSC, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.

17 Rinfret-Raynord, M., et Cantin, S. (sous la direction de), Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

18 Chénard, L., Cadrin, H. et Loiselle, J., État de santé des femmes victimes de violence conjugale, DSC, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.

La **violence sexuelle** « consiste à obliger, par la peur ou par la force, une personne à avoir des relations sexuelles non désirées » (Larouche, 1985, cité dans Chénard et *al*, 1990)[19]. La violence sexuelle est souvent accompagnée de violence physique et psychologique. Il existe toujours une certaine difficulté à parler de la violence sexuelle; elle représente un acte secret ou tabou. Ce n'est qu'en 1983 que le viol par le conjoint devient illégal au Québec. La sexualité devient facilement un lieu de pouvoir, de domination et d'agression. Les actes d'agression sont plus terribles les uns que les autres: être insultée, injuriée ou humiliée pendant un rapport sexuel; être prise de force; être pénétrée dans l'anus (et/ou avec un objet); être brutalisée contre son gré pendant un rapport sexuel; être harcelée sexuellement; être ligotée pendant un rapport sexuel; se faire violée après avoir été battue ou injuriée et finalement être contrainte d'agir selon les fantasmes sexuels de son conjoint.

Globalement donc, la violence conjugale est comme un étau qui se resserre graduellement sur sa victime.

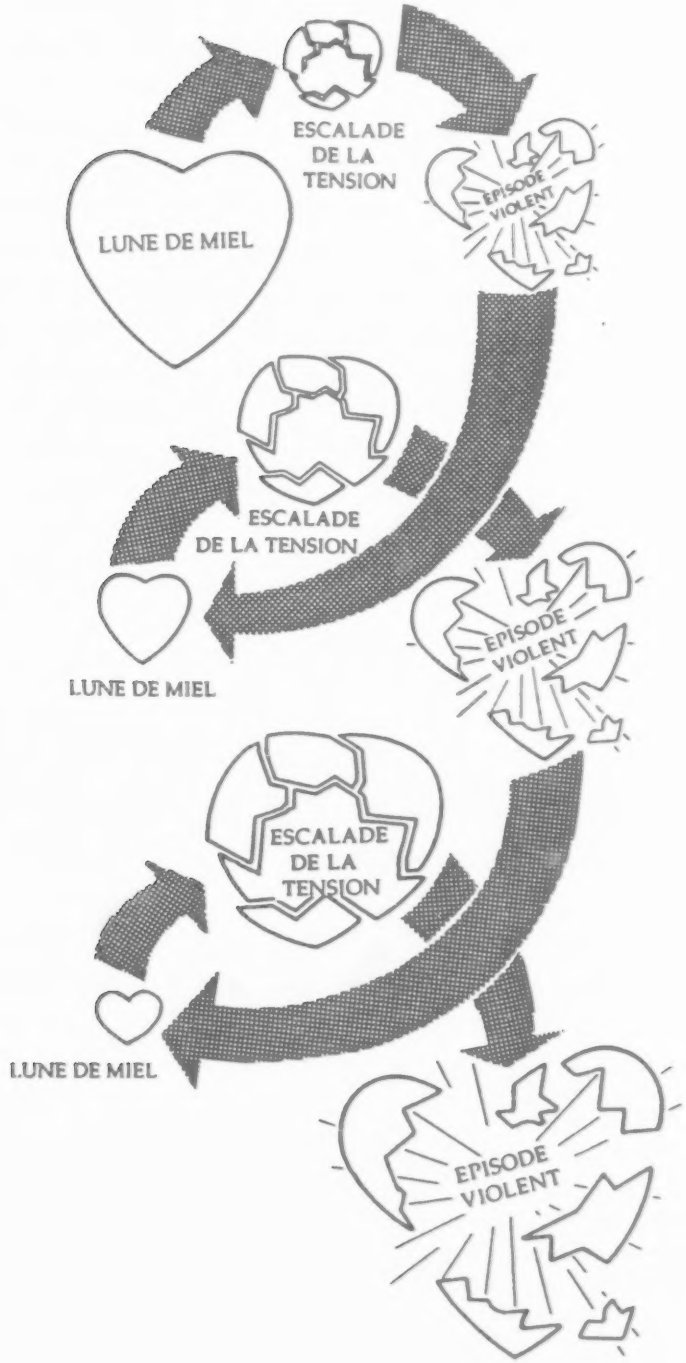
> «Le cycle de la violence conjugale comprend trois phases: lune de miel, tension et éclatement. Au fur et à mesure que les cycles de la violence se perpétuent, les formes de violence s'accumulent et les gestes de violence gagnent en intensité» (Chénard et *al*, 1990)[20]. *Cf. figure 2*

---

[19] Chénard, L., Cadrin, H. et Loiselle, J., État de santé des femmes victimes de violence conjugale, DSC, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.

[20] Idem

Figure 2
Le cycle de la violence



Source: Service correctionnel du Canada, «Briser le cycle de la violence familiale», 1988.

1.3. Explications de la violence conjugale

Plusieurs courants ont tenté d'expliquer cette violence. Plusieurs des explications peuvent être vues comme autant de mythes qui sont encore véhiculés dans notre société.

«L'agressivité est naturelle- hormonale - chez l'homme»[21]

Certains (Whitehurst, 1974)[22] y ont trouvé une explication biologique ou hormonale, faisant de l'homme un être non responsable de ses actes parce que agissant sous l'impulsion de ses hormones ou de facteurs physiologiques. Cette théorie pose problème car elle déculpabilise l'agresseur et rend toute intervention difficile. La violence est vue comme un phénomène incontrôlable et aussi une manifestation d'une agressivité naturelle, innée chez l'homme.

«L'homme violent est avant tout malade et les femmes violentées sont masochistes de rester avec un homme violent»[23]

Une approche psychopathologique explique la violence à travers des anomalies pathologiques tant chez l'agresseur que chez la victime. L'homme connaîtrait des troubles mentaux (du genre sadique) et la femme attirerait l'agression (par son masochisme entre autres). L'usage de l'alcool et la toxicomanie ont souvent été associés à cette explication, étant vus comme des causes de la violence (Broverman et collaborateurs, 1970)[24]. Des écoles de pensée plus actuelles voudraient que cette analyse ne soit plus acceptée mais l'alcoolisme et la toxicomanie sont encore considérés comme des excuses que se donnent les agresseurs, parfois entérinées par des représentants de la loi, pour justifier la violence infligée aux conjointes.

---

21 Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, La violence conjugale ... c'est quoi au juste., Printemps 1993.

22 Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

23 Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, La violence conjugale ... c'est quoi au juste., Printemps 1993.

24 cité dans Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

«La violence se transmet par la famille d'une génération à l'autre. Une femme qui voit sa mère se faire battre se laissera battre plus tard»[25]

Les théories sociologiques proposent plusieurs explications différentes de l'agression envers la conjointe. Entre autres nous retrouvons les théories de l'apprentissage social et de la socialisation (MacLeod, 1980 et 1987; Pressman, 1983; Gondolf, 1985; Freedman, 1985; Kincaid, 1982; Wiebe, 1985; Walker, 1983)[26] qui parlent de transmission entre générations de la violence mais aussi de socialisation en fonction des rôles attribués aux deux sexes. On retrouve effectivement plusieurs agresseurs ayant connu de la violence dans leur milieu familial mais aussi de nombreuses victimes qui ont été exposées à de la violence dans leur jeunesse et qui sont revictimisées à l'âge adulte. Mais cette approche est insuffisante pour expliquer la violence conjugale. La théorie des rôles sexuels fait de la femme une victime impuissante qui se doit de respecter « l'idéologie traditionnelle ». « Les hommes agressent donc leur conjointe parce que celle-ci ne comprenait pas suffisamment bien ou ne respectait pas les rôles attribués à chacun »[27]. Ces théories ne tiennent pas compte de l'acquis à l'âge adulte, des différentes attitudes et idées propres à chacun.

«Les femmes sont battues parce qu'elles le provoquent»[28]

Les théories de la dynamique familiale (Whitehurst, 1974; Wardell et collaborateurs, 1983; Pagelow, 1981, Pahl, 1985)[29] font référence à l'interaction entre les conjoints et à leur façon de réagir au conflit et à la vision de la famille comme entité fondamentalement violente. L'agression de l'homme est vue comme s'inscrivant dans une dynamique de relation nourrit autant par le conjoint que par les autres membres agressés (entre autres la femme). L'homme se réserve donc le droit de « punir » le comportement jugé inapproprié de sa femme.

Et même, poussée plus loin, cette approche établie que la violence puisse être une « tactique de résolution de conflits ». Bien que cette théorie puisse expliquer des situations de violence conjugale, plusieurs ne sauraient y trouver leur cause.

---

25 Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, La violence conjugale ... c'est quoi au juste., Printemps 1993.

26 Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

27 Idem

28 Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, La violence conjugale ... c'est quoi au juste., Printemps 1993.

29 Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

« Les hommes violentent leur conjointe parce qu'ils vivent des situations stressantes »[30]

On peut regrouper les théories des ressources et celles du stress socio-économique (Whitehurst, 1974; O'Brien, 1974; Brown, 1980)[31] car elles touchent toutes au déséquilibre entre les acquis de chaque membre du couple. À un pôle l'homme possède plus de ressources (scolarité, revenu, prestige professionnel) que sa conjointe et de par ce fait celle-ci dépend de lui, entre autres économiquement. À l'autre extrême, la femme possède plus que son conjoint, ce qui entraîne la frustration de celui-ci. Ce déséquilibre, parfois alimenté par du stress dans le milieu de travail, l'insuffisance des moyens financiers ou la difficulté à exprimer les émotions pourraient occasionner des situations de violence. Ces théories expliquent en partie la violence conjugale, mais ne donnent pas de véritables causes et surtout n'indiquent pas pourquoi, dans un contexte équivalent, les réactions ne sont pas les mêmes pour tous.

La violence conjugale ne concerne que le couple

Finalement, l'analyse structurale et politique (MacLeod, 1980; Dobash et Dobash, 1979)[32] se fonde « sur une perspective historique de la façon dont les femmes ont été vues et traitées par la société, ainsi que le reflètent les institutions qui gouvernent celle-ci. L'agression (du mari) contre l'épouse continue d'être tolérée du à la croyance en l'autorité absolue du mari au sein de la famille; la conviction que l'épouse doit obéir à son mari, le servir et se renier elle-même; la foi en la vie privée de la famille et en son immunité contre les lois et les sanctions s'appliquant à la société en général »[33]. Cette dernière affirmation a souvent été l'argument des services de police, entre autres, pour la non-intervention dans les cas de violence conjugale. Ces derniers, sans excuser le comportement du conjoint, considéraient tout de même que ce n'était pas de leur ressort de s'impliquer dans les altercations entre conjoints. Ce n'est que tout récemment que les policiers ont commencé à intervenir mais souvent ils attendent que la femme porte plainte contre son conjoint pour agir efficacement. Selon ces auteurs (MacLeod, 1980; Dobash et Dobash, 1979)[34], «l'agression contre l'épouse ne constitue ni un phénomène anormal ni un écart par rapport aux normes sociales acceptées : la violence contre les femmes est depuis longtemps tolérée, pardonnée et ancrée dans la société»[35]

---

30 La Presse, Montréal, samedi 8 mars 1997.

31 Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

32 Idem

33 Idem

34 Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

35 Idem

« La violence conjugale, c'est un moyen pour un homme de contrôler sa conjointe »[36]

Toutefois, dans le cadre d'une analyse féministe, il faut situer la violence conjugale dans le contexte d'une relation de pouvoir et de domination de l'homme sur la femme. En ce sens l'approche féministe ressemble à l'analyse structurale: en regardant la société comme étant à traditions et à transmissions patriarcales, le rôle de l'homme et son importance sont surévalués face à ceux de la femme. Ce que recherche l'approche féministe, c'est de redonner à la femme sa juste place dans notre société, de la déculpabiliser face à la violence tout en reconnaissant à chacun la responsabilité de ses actes. Considérée comme un phénomène social, la violence conjugale devient donc d'intérêt public, tous doivent se sentir interpellés. L'agresseur doit réalisé qu'il est responsable de la violence qu'il inflige, qu'il doit se prendre en main afin que cette violence cesse mais surtout qu'elle ne se reproduise plus et qu'il peut faire appel à ressources disponibles. La victime doit prendre conscience de ses droits à ne pas subir la violence mais aussi de ses devoirs face à elle-même; c'est-à-dire qu'elle doit se prendre en charge afin de reconstruire sa propre vie, son réseau social et ultimement de se sortir du cercle vicieux de la victimisation. Dans les deux cas (pour l'homme et pour la femme) cela implique qu'ils doivent désapprendre ou réapprendre de nouveaux comportements.

Finalement, les intervenant(e)s des différents organismes oeuvrant dans le domaine de la violence conjugale doivent se concerter afin de conjuguer leurs efforts pour favoriser le dialogue entre les hommes et les femmes et faire cesser la violence.

---

[36] Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, La violence conjugale ... c'est quoi au juste., Printemps 1993.

Chapitre 2: Portrait statistique de la violence faite aux femmes

2.1. Données épidémiologiques

À la fin des années 1970, à la suite du mouvement féministe et de l'établissement de maisons d'hébergement, on a constaté finalement une volonté politique et sociale de combattre le problème de la violence faite aux femmes. En 1983, apparaissent les modifications de la loi C-127 du Code criminel reconnaissant la violence entre conjoints. De plus, le Ministère de la santé et des services sociaux marque, en 1985, son engagement dans la lutte avec sa *Politique d'aide aux femmes violentées*. Le Ministère de la Justice du Québec et le Solliciteur général conçoivent en 1986 une politique d'intervention en matière de violence conjugale. La violence conjugale devient enfin un problème d'intérêt public et plusieurs chercheur(e)s scrutent pour trouver des causes, des explications, des définitions et des moyens d'intervention efficaces.

Un portrait chiffré de cette violence fait réfléchir sur l'ampleur du problème : 25 % des Canadiennes auraient subi au cours de leur vie au moins un acte de violence physique ou sexuelle de la part d'un conjoint et pourtant «l'enquête portait uniquement sur les actes considérés comme une infraction en vertu du Code criminel» (Statistique Canada, 1993, cité dans Clarkson, 1994)[37]. De plus, on estime qu'au Canada 1 femme sur 8 est victime ou à risque d'être victime de violence conjugale (MacLeod, 1987)[38]. Cette proportion représente près de 300 000 Québécoises. Par ailleurs, « la violence conjugale frappe les femmes beaucoup plus souvent que les hommes: en 1995, des 24 480 femmes dénombrées au sein des victimes d'actes violents, suite aux plaintes déposées aux différents corps policiers du Québec, près de 40 % ont été victimisées dans un contexte conjugal, tandis que la proportion correspondante se situait à 5 % dans le cas des hommes »[39].

2.2. Données clientèles

2.2.1. Pour le Québec

Le tableau suivant présente les données sur le taux de victimisation de violence conjugale, par 100 000 femmes selon la catégorie d'infractions et le groupe d'âge.

---

37 Clarkson, M., La violence familiale, une approche systémique, Ministère de la santé et des services sociaux, 1994.

38 Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, 1989.

39 Ministère de la sécurité publique, Violence conjugale, Statistiques 1995, Québec, 1996.

Tableau 1
Taux de victimisation de violence conjugale, par 100 000 femmes (Québec, 1995)

Catégories d'infractions	Groupes d'âge des victimes								Total
	12-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	
Meurtre et tentative	1,0	3,0	3,4	2,6	1,9	1,5	0,0	0,8	1,9
Agression sexuelle	20,5	20,2	13,8	11,6	3,2	0,5	0,0	0,3	8,2
Voies de fait	77,0	546,2	565,3	423,3	203,7	85,6	29,9	8,6	248,4
Enlèvement/séquestration	1,4	7,6	7,3	4,0	3,0	0,3	0,0	0,3	2,9
Harcèlement criminel	7,3	45,0	56,6	46,4	26,2	12,3	5,9	0,0	26,3
Total	**107,1**	**622,0**	**646,4**	**487,9**	**238,0**	**100,1**	**35,8**	**10,0**	**287,7**

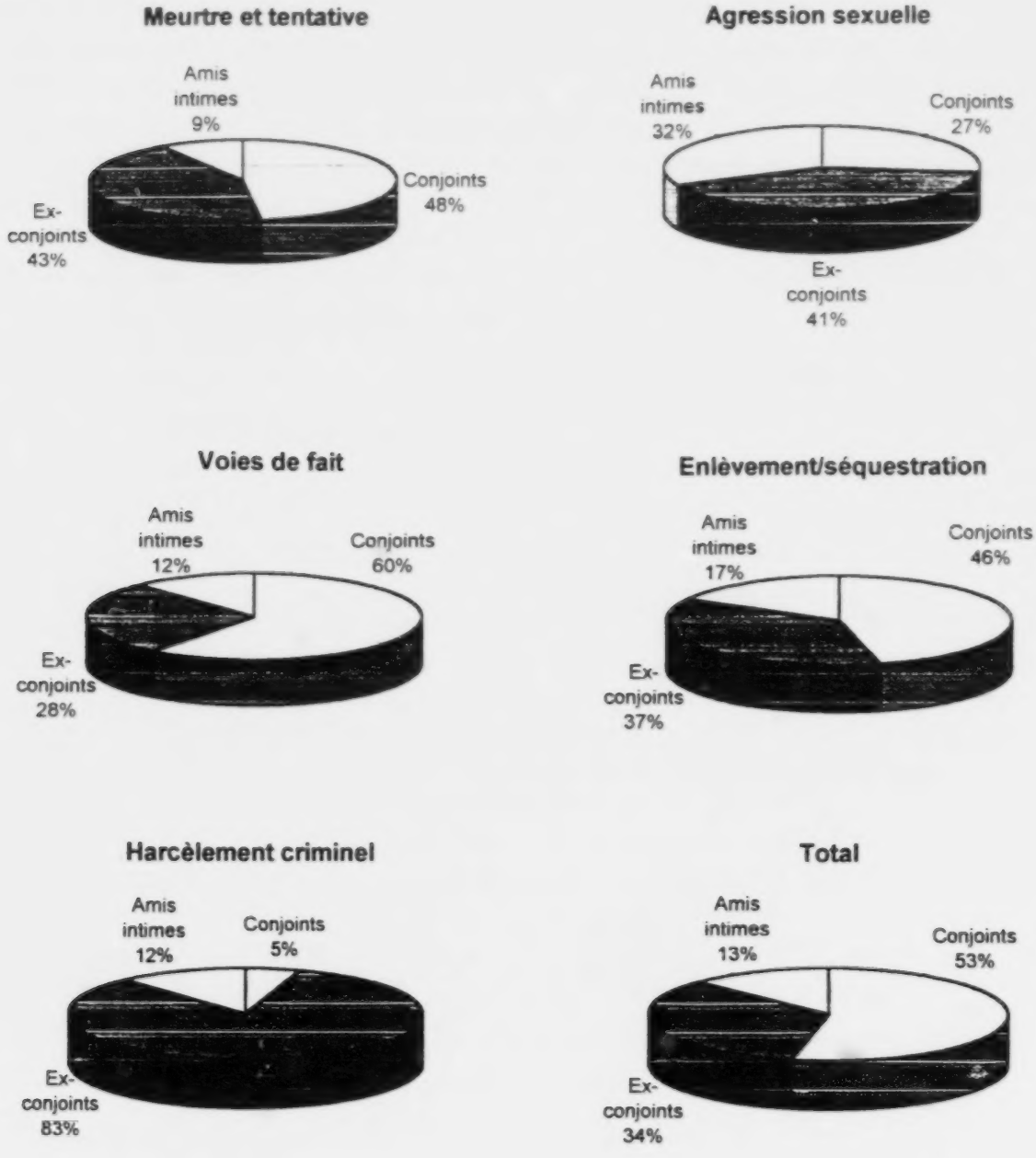
Source: Données relatives à la criminalité rapportées par les corps de police municipaux et la Sûreté du Québec selon le Programme de déclaration uniforme de la criminalité. Les données relatives à la population tirées de Statistiques démographiques annuelles, 1995, Division de la démographie, Statistique Canada[40]

On remarque que les femmes âgées entre 18 et 39 ans connaissent des taux nettement plus élevés de victimisation comparativement aux femmes des autres groupes d'âge. Par ailleurs, les voies de fait sont la catégorie d'infractions la plus rapportée. De plus, « les conjoints actuels sont les auteurs présumés de plus de la moitié (53,6 %) des crimes commis dans un contexte conjugal tandis que les ex-conjoints en sont responsables d'environ le tiers (33,5 %). Pour leur part, les amis intimes étaient surtout identifiés dans les cas d'agression sexuelle »[41]. La figure de la page suivante montre la répartition des auteurs présumés selon leur relation avec la victime et le type d'agression. *Cf. figure 3*

[40] Les taux ont été calculés en divisant le nombre de victimes par les estimations postcensitaires de la population au 1er juillet 1995.

[41] Ministère de la sécurité publique, Violence conjugale, Statistiques 1995, Québec, 1996.

Figure 3
Répartition des auteurs présumés de violence conjugale, selon la nature de leur relation avec la victime et la catégorie d'infraction, 1995



Source: Données rapportées par les corps de police municipaux et la Sûreté du Québec selon le Programme de déclaration uniforme de la criminalité

2.2.2. *Pour les Laurentides*

Pour les **Laurentides**, pour 1996, selon l'estimation retenue d'une femme sur 8, il y aurait 21 400 femmes qui connaîtraient une situation de violence conjugale. Trois établissements[42], dans la région, font partie du Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale : L'Ombre-Elle de Ste-Agathe, La Maison d'Ariane de St-Jérôme et La Passe-r-elle des Hautes Laurentides de Mont-Laurier. Il y a eu en moyenne 134 demandes d'hébergement annuellement, pour chacune de ces maisons (période de 1994-1995), totalisant près de 402 demandes pour la région. Deux cent quatorze (214) demandes se sont concrétisées en admission. Par ailleurs, il y a eu 452 demandes de services sans hébergement (au total) pour la même période (presque la totalité ont été acceptées). Malgré tout, un nombre considérable de ces femmes vivent cette situation en silence, loin des regards curieux ou inquiets des autres.

La compilation statistique du Regroupement provincial nous permet de brosser un portrait de la clientèle de ces maisons à travers la province. Un peu plus de la moitié (52,8 %) des demandes étaient pour un premier hébergement, le quart (25,7 %) des femmes en étaient à leur deuxième hébergement et 21 % à leur troisième ou plus. La presque totalité des demandes d'hébergement étaient pour violence (physique, psychologique, les deux ou harcèlement).

Les femmes hébergées sont **jeunes**, la moitié d'entre elles ont entre 24 et 41 ans. Elles ont de **jeunes enfants** (51,2 % ont des enfants de 1 à 5 ans). Elles sont souvent en **union libre** avec leur conjoint (42 %) et elles sont surtout dans des unions de courtes ou moyenne durée : 38,3 % sont des unions de 1 à 5 ans et 20 % des unions de 6 à 10 ans. Elles sont **peu scolarisées** (68,7 % ont entre 6 et 12 ans de scolarité) et elles vivent dans des **conditions économiques difficiles** (56,5 % ont un revenu familial annuel inférieur à 20 000$). Elles **travaillent peu** et sont **dépendantes** de leur conjoint ou de l'aide sociale : 7 % d'entre elles travaillent, 45,8 % vivent de l'aide sociale (ce proportion grimpe à 61 % lors du départ de la maison d'hébergement) et 34,6 % vivent grâce au salaire du conjoint. La plupart des femmes qui ont fait une demande de services sans hébergement avaient connu **plusieurs formes de violence** (65,1 % pour de la violence physique et psychologique).

---

[42] Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, Compilation des statistiques provinciales et régionales, 1994-1995, Avril 1996.

Chapitre 3 : La violence conjugale et ses effets sur la santé et le bien-être des femmes

3.1. Recension des études

Pour la présente recension, nous nous intéressons plus particulièrement aux conséquences sur le plan de la santé et du bien-être. Nous devons déplorer le peu d'études qui existent sur ce sujet et celles qui ont été réalisées portent sur une clientèle ayant eu recours aux services sociosanitaires et aux maisons d'hébergement. La plus récente a été faite, en 1989 et 1990, dans la région de Rimouski par le DSC du Centre hospitalier régional de Rimouski sur un échantillon de 110 femmes ex-hébergées et sur leurs enfants. Les quatre types de violence définis plus haut étaient inclus dans l'enquête. « Toutes les femmes interrogées ont évidemment subi de la violence de la part de leur conjoint. Plus de la moitié d'entre elles ont été victimes de trois ou quatre formes de violence. Les formes de violence les plus fréquentes sont la violence psychologique et la violence verbale. Sans exclure les autres formes de violence, plus de la moitié des femmes ont subi de la violence physique alors que plus de 25 % ont subi de la violence sexuelle. La violence rapportée par ces femmes, et exercée à leur endroit, correspond au modèle de violence conjugale où les épisodes de violence impliquant des agressions physiques sont habituellement précédés d'épisodes de violence psychologique et verbale » (Chénard et *al.*, 1990)[43]. Chénard et *al* notent dans leur rapport de recherche (1990)[44] qu'une des premières conséquences de la violence conjugale serait « sa perpétuation à travers les générations; les enfants témoins et victimes de cette violence apprendront à la subir ou à la manifester ». De plus, 25 % des femmes violentées agressent leur(s) enfant(s) mais cet acte doit être vu comme un cri d'alarme, un appel à l'aide (CRI VIFF, 1995).

Premier résultat de cette recherche : les femmes ex-hébergées sont plus nombreuses à avoir des **problèmes de santé** et elles ont plus de problèmes de santé que les femmes québécoises en général (Enquête Santé Québec, 1987). En ce qui concerne les problèmes déclarés, c'est au niveau de la prévalence[45] de ces problèmes que les différences entre les femmes de l'enquête de Rimouski et celle de Santé Québec sont les plus grandes. Ainsi les femmes ex-hébergées « ont une prévalence quatre fois plus élevée de **troubles mentaux**, de **troubles digestifs**, d'**anémie** et **d'ulcères gastriques et duodénaux**. La prévalence est deux fois plus élevée pour les **maux de tête**, les **maux de dos**, l'**hypertension** et l'**asthme**, la

---

[43] Chénard, L., Cadrin, H. et Loiselle, J., État de santé des femmes victimes de violence conjugale, DSC, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.

[44] Idem

[45] Prévalence: nombre de cas d'une maladie, enregistré dans une population déterminée, englobant aussi bien les nouveaux cas que les cas anciens.

bronchite et l'**emphysème**. Mais elles rapportent moins d'affections respiratoires aiguës, de grippe, de troubles de la thyroïde, de malaise et de fatigue ainsi que d'autres affections ostéo-articulaires » (Chénard et *al.*, 1990)[46].

Une enquête[47] effectuée en 1986-87, auprès d'un échantillon de 264 femmes ayant pris refuge dans 38 maisons d'hébergement (membres du Regroupement provincial) à travers le Québec corrobore en partie ces résultats. En effet, les chercheurs ont trouvé que les femmes de cette enquête lors de leur hébergement présentaient des **troubles du sommeil** et de **l'appareil digestif**. Elles étaient sujettes aux **maux de tête**, aux **douleurs musculaires** et à des **problèmes gynécologiques**. Et contrairement aux femmes de l'enquête de 1990, elles accusaient des **accès de fatigue chronique**. De même, l'étude de Kérouac[48] en 1983-84, auprès d'un échantillon de 123 femmes séjournant dans l'un des trois centres d'hébergement de la région de Montréal, montre que ces femmes connaissent des **problèmes de santé chroniques et récents** allant de **l'insomnie à la fatigue**, en passant par des **douleurs variées** et **l'anémie**.

Les femmes violentées connaissent donc plus de problèmes de santé mentale et de problèmes chroniques de santé physique. Remarquons qu'il faut prendre en considération que, dans les enquêtes de 1983-84 (Montréal Métropolitain) et 1986-87 (Québec), les femmes étaient en hébergement alors que dans l'enquête de 1990 (Rimouski), elles n'étaient plus hébergées depuis au moins un an. L'impact de l'hébergement même sur l'état de santé doit être considéré.

Les auteurs consultés s'entendent pour dire que les conséquences les plus profondes et les plus durables de la violence conjugale se font surtout sentir au niveau de la **santé mentale**. Les femmes ex-hébergées (Enquête 1990) connaissent plus de problèmes psychologiques qualifiés de sévères: entre autres des périodes de **grande nervosité** ou d'**irritabilité**, la **dépression** et des **périodes de confusion** ou de **perte de mémoire**. L'enquête de 1986-87 (mentionnée ci-haut) avait constaté aussi divers degrés de **dépression** et d'**anxiété**. Résultats corroborés par l'étude de Kérouac qui relevait des **troubles nerveux et dépressifs**, de l'**anxiété** et des tendances à la **somatisation**. En termes **d'idéations suicidaires**, les femmes de l'enquête de Rimouski sont trois fois plus nombreuses à avoir pensé au suicide

---

[46] Chénard, L., Cadrin, H. et Loiselle, J., État de santé des femmes victimes de violence conjugale, DSC, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1990.

[47] Jean, M., *Sexualité blessée*, dans Rinfret-Raynord, M., et Cantin, S. (sous la direction de), Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

[48] Kérouac, S. et Taggart, M-É., *Portrait de la santé de femmes aux prises avec la violence conjugale*, dans Rinfret-Raynord, M., et Cantin, S. (sous la direction de), Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

(soit une femme sur huit) dans les 12 derniers mois. «Par comparaison aux femmes de l'enquête Santé Québec, les femmes ex-hébergées se retrouvent en plus forte proportion avec un niveau élevé de détresse psychologique, soit une femme sur trois » (Chénard et *al.* , 1990)[49]. Rinfret-Raynor et *al.* dans leur étude de 1989[50] (sur un échantillon de 181 femmes bénéficiant d'une intervention en service social) avaient conclu de même: les femmes violentées manifestaient plus de **symptômes de détresse psychologique** et ceux-ci persistaient dans le temps.

En ce qui a trait au **recours aux services de santé**, les femmes de l'enquête de 1990 sont deux fois plus nombreuses à avoir **consulté un professionnel de la santé** au cours des deux semaines précédant l'enquête que les Québécoises (Enquête sociale et de santé 1992-1993). Elles ont surtout fait appel aux médecins généralistes, aux spécialistes, aux travailleurs sociaux et aux infirmières. Ces consultations ont surtout lieu en bureau privé ou à la clinique d'un hôpital.

« Les femmes ex-hébergées sont nombreuses à **consommer des médicaments**, et le nombre moyen de médicaments consommés se situe au-delà de trois médicaments durant les deux jours qui ont précédé l'entrevue. Tout comme les femmes de l'enquête Santé Québec, les vitamines et les minéraux constituent une part non négligeable des médicaments consommés par les femmes ex-hébergées. Cependant, celles-ci sont deux fois plus nombreuses que les autres femmes à consommer des tranquillisants, soit 20 % de l'échantillon » (Chénard et *al.* , 1990)[51]. L'étude de Kérouac, quant à elle, indique une plus forte consommation de tranquillisants et de somnifères chez les femmes de leur échantillon, en rapport aux Québécoises.

Finalement, « le **profil social** des femmes ex-hébergées indique que ces femmes jouissent d'une **bonne intégration sociale** principalement par le fait qu'elles ont des enfants, des amis et qu'elles participent sur une base régulière à des rencontres sociales. Elles sont cependant nombreuses à ne pas avoir de conjoint puisqu'une proportion importante de ces femmes vivent seules. Par contre, cette situation est compensée par des relations qu'elles entretiennent avec d'autres personnes. Toutefois, malgré une bonne intégration sociale, le **taux d'insatisfaction dans leurs relations avec leurs enfants et avec leur conjoint**,

---

49 Rinfret-Raynord, M., et Cantin, S. (sous la direction de), Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

50 Rinfret-Raynor et *al*, *État de santé mentale d'un groupe de femmes violentées*, dans Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

51 Rinfret-Raynord, M., et Cantin, S. (sous la direction de), Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

lorsqu'elles sont en situation de couple, de même que le **taux d'insatisfaction face à leur vie sociale** indiquent que le support social de ces femmes repose essentiellement sur leurs amis. Le fait que ces femmes se retrouvent souvent seules durant leur temps libre suppose que la présence d'amis, à elle seule, serait insuffisante pour assurer un support social satisfaisant ainsi qu'une vie sociale satisfaisante » (Chénard et *al.*, 1990)[52].

[52] Idem

Tableau 2
Synthèse des études portant sur la violence conjugale et la santé et le bien-être des femmes

	Étude 1	Étude 2	Étude 3	Étude 4
Auteurs	1990 Rimouski Chénard et *al.* 110 femmes ex-hébergées	1986-87 Québec Jean et *al.* 264 femmes hébergées	1983-84 Montréal Kérouac et *al.* 123 femmes hébergées	1989 Québec Rinfret-Raynord et *al.* 181 femmes en intervention
Santé physique	Troubles digestifs Anémie Ulcères gastriques et duodénaux Maux de tête Maux de dos Bronchite Emphysème Consultations professionnelles Consommation de médicaments	Troubles digestifs Troubles du sommeil Maux de tête Problèmes gynécologiques Accès de fatigue chronique Douleurs musculaires	Anémie Troubles du sommeil Douleurs variées Problèmes de santé chroniques et récents Insomnie et fatigue	
Santé mentale	Troubles mentaux Grande nervosité Irritabilité Dépression Confusion Perte de mémoire Idéations suicidaires	Anxiété Dépression	Anxiété Troubles nerveux et dépressifs Tendance à la somatisation	Psychotisme Anxiété Dépression Somatisation Symptômes de détresse psychologique
Santé sociale	Insatisfaction face aux relations avec enfants, conjoint et vie sociale			

Source: Direction de la santé publique et Réseau des Femmes des Laurentides, 1997

Bibliographie

Dunningan, L., Les rapports hommes femmes et les inégalités socio-économiques qu'ils produisent; Implication pour la santé et le bien-être, , Ministère de la santé et des services sociaux, 1992.

Conseil du statut de la femme, Violence faite aux femmes : vers un degré zéro, mai 1993.

Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995.

Conseil du statut de la femme, Pour que cesse l'inacceptable : avis sur la violence faite aux femmes, avril 1993.

Larouche, G., Agir contre la violence, La Pleine lune, Montréal, 1987.

Conseil du statut de la femme, La violence conjugale au Québec : un sombre tableau, février 1994.

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, La violence conjugale ... c'est quoi au juste, Printemps 1993.

Frankel-Howard, D., La violence familiale. Examen des écrits théoriques et cliniques, Santé et bien-être social Canada, mars 1989.

Ministère de la Sécurité publique, Violence conjugale, Statistiques 1995, Québec, 1996.

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, Compilation des statistiques provinciales et régionales, 1994-1995, avril 1996.

État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale, DSC, Centre hospitalier régional de Rimouski, octobre 1990.

Violence conjugale. Recherches sur la violence faite aux femmes, sous la direction de M. Rinfret-Raynord et S. Cantin, Gaëtan Morin Éditeur, 1994.

Gouvernement du Québec, Plan d'action en matière de condition féminine, 1993-1996, Ministère de la santé et des services sociaux, 1994

Clarkson, M., La violence familiale, une approche systémique, Ministère de la santé et des services sociaux, 1994.

Statistique Canada, « Enquête sur la violence envers les femmes: faits saillants », dans Le Quotidien, cat. 11-001f, 1993.